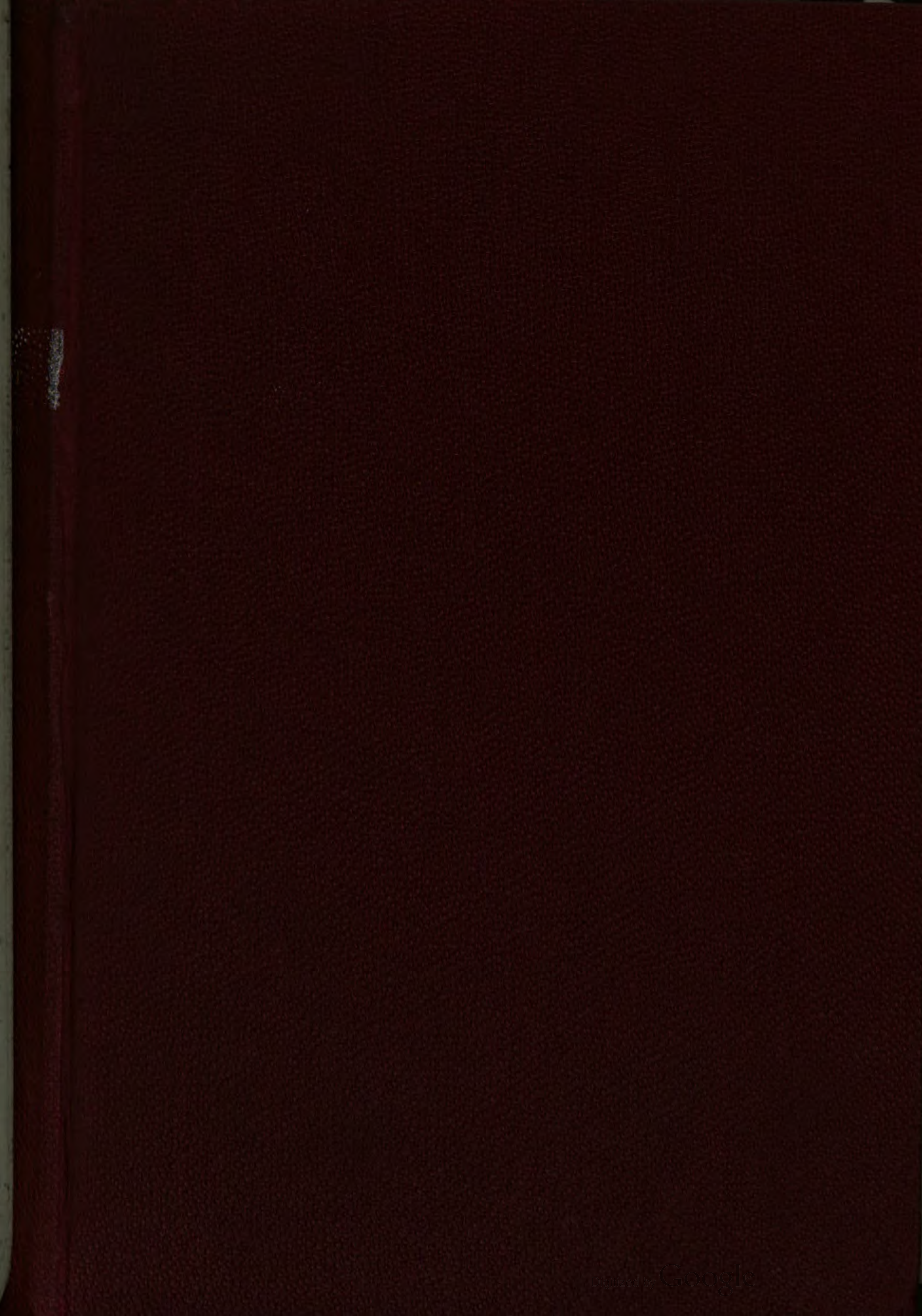


CENTRALBLATT

FÜR DIE GESAMMTE

THERAPIE.

Unter Mitwirkung der Herren:

Docent BING, Dr. BUXBAUM, Primararzt BULL (Christiania), Prof. EHRMANN, Dr. J. EISENBERG, Docent EISENSCHITZ, Dr. ERDHEIM, Prof. FREUD, Prof. GLAX (Graz), Prof. GOLDZIEHER (Budapest), Docent GOMPERZ, Prof. GOTTLIEB (Heidelberg), Dr. R. GRUBER, Docent GRÜNFELD, Dr. HELLMER, Dr. HOCHSINGER, Docent HOLLÄNDER, Dr. HOROVITZ, Dr. JÄNNER, Docent S. KLEIN, Dr. S. KORNFELD, Dr. J. KÖNIGSTEIN, Prof. KÖNIGSTEIN, Dr. ROB. KRONFELD, Prof. E. LANG, Prof. J. MÖLLER (Graz), Prof. F. MÜLLER (Graz), Prof. NEUMANN, Dr. R. NEURATH, Prof. NEVINNY (Innsbruck), Prof. NICOLADONI (Graz), Dr. G. NOBL, Prof. PAL, Prof. PEL (Amsterdam), Prof. POLITZER, Docent J. POLLAK, Dr. M. REINER, Docent ROTH, Primararzt J. SALGO (Budapest), Prof. SCHAUTA, Prof. SCHEFF, Prof. SCHIFF, Dr. J. SCHNABL, Dr. A. SINGER, Dr. FR. SPITZER, Docent C. ULLMANN, Dr. WEIL, Dr. F. WINKLER, Prof. WÖLFLER (Prag), Docent ZUCKERKANDL

herausgegeben von

Prof. Dr. M. HEITLER

in Wien.

XX. JAHRGANG 1902.

WIEN.

VERLAG VON MORITZ PERLES

k. u. k. Hofbuchhandlung

Stadt, Seilergasse 4.

Druck von Johann N. Vernay, Wien, IX. Mariannengasse 17.

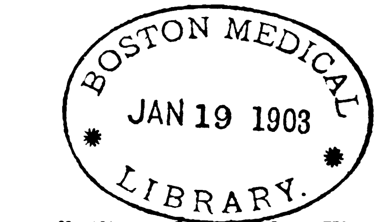
Sach-Register.*)

*) Die mit * bezeichneten Aufsätze sind Originalartikel.


Digitized by Google

Autoren-Register. *)

*) Die mit * bezeichneten Autoren sind Verfasser von Originalartikeln.



Ueber den gegenwärtigen Stand der Therapie der Nebenhöhleneiterungen.

Von Dr. Moriz Weil,

Vorstand der I. Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten am Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien.

Die Behandlung der Eiterungen der Nasennebenhöhlen steht nach wie vor im Vordergrunde des Interesses der Rhinologen; aber auch die praktischen Aerzte beschäftigen sich in den letzten Jahren viel mehr als früher mit den in Rede stehenden Affectionen. Sie schicken nicht mehr, wie es früher meist schablonenmässig geschah, ihre ewig nicht heilen wollenden Fälle von chronischen Kehlkopf- und Bronchialkatarrhen jahraus jahrein in die diversen Sommer- und Wintercurorte, sie behandeln ihre an Trigeminusneuralgien, Kopfschmerzen und Schwindelanfällen leidenden Kranken nicht mehr ausschliesslich mit Medicamenten, hydropathischen Proceduren, Elektricität u. s. w., sondern sie schicken diese Kranken häufig von vorneherein zum Rhinologen, damit er nachsehe, ob nicht etwa in der Nase die Ursache für die genannten Erkrankungen zu finden sei. Ja sogar — was als besonders erfreuliches Zeichen gelten kann — ich bekomme in den letzten Jahren recht oft von praktischen Aerzten Kranke mit der vollkommen richtigen Diagnose der Erkrankung ganz bestimmter Nebenhöhlen zugewiesen.

Demnach steht es wohl zu erwarten, dass die Praktiker sich in Hinkunft auch mit der therapeutischen Seite dieser Frage mehr als bisher beschäftigen werden, und ich halte es deshalb für eine dankenswerthe Aufgabe, die Therapie der Nebenhöhleneiterungen in möglichst übersichtlicher Form im Zusammenhange darzulegen. Aber nicht nur um die primäre Therapie, um die Behandlung von Haus aus handelt es sich hiebei, sondern auch, und vielleicht noch in viel höherem Masse, um die secundäre, die Nachbehandlung, sei es, dass der Specialist ein Empyem operativ eröffnet hat und der Ordinarius nun den weiteren Verlauf beobachten, für die Offenhaltung der angelegten Oeffnung sorgen soll u. s. w., sei es, dass der Rhinolog eine mehr conservative Behandlungsmethode

(Ausspülungen durch die natürlichen Ostien) gewählt hat und diese bekanntlich oft sehr lange dauernde Behandlung vom Hausarzte fortgesetzt werden soll.

Im Jahre 1896 habe ich über dieses Thema in der Wiener laryngologischen Gesellschaft einen Vortrag gehalten (Wiener klin. Wochenschr. 1896, S. 259 und S. 305) und 1897 (Wiener medicin. Wochenschr. 1897, Nr. 16—21) eine aus demselben hervorgegangene grössere Arbeit veröffentlicht, welche auf Beobachtungen an 65 Kranken und mehr als 100 verschiedenen erkrankten Nebenhöhlen beruhte. Seitdem hat sich mein Beobachtungsmaterial wohl mindestens vervierfacht, meine Anschauungen und Methoden aber (ich will dies hier gleich vorweg nehmen: sie laufen darauf hinaus, dass, wenn irgendwie durchführbar, eine wenn auch lange sich hinziehende conservative Behandlung am meisten zu empfehlen sei) haben sich nicht wesentlich geändert und da ich diese damals ausführlich begründet habe, so darf es nicht Wunder nehmen, wenn ich mich öfters auf meine erwähnte Arbeit werde beziehen müssen.

Die Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen muss ich als bekannt voraussetzen; wer sich darüber genauer unterrichten will, wird sie in der trefflichen Monographie von Hajek (Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. 1899) in klarer und fasslicher Weise, besonders durch instructive Abbildungen unterstützt, dargestellt finden. Das Studium des ausgezeichneten Werkes von Zuckerkandel (Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. 1893) dürfte für den Praktiker wohl zu schwierig und zu langwierig sein. Die Grundlage aller Therapie der Nebenhöhleneiterungen aber ist die über das Studium der Bücher, Atlanten und selbst der anatomischen Präparate hinaus gewonnene Uebung im Sondiren der natürlichen Oeffnungen der Nebenhöhlen am Lebenden, welche ich hiemit Allen, die sich für die Sache interessiren, aufs Dringendste empfohlen haben möchte. Wenn man nach vorausgegangener Cocaïnisirung des mittleren, respective oberen Nasenganges entsprechend gekrümmte Sonden mit zarter Hand und sanftem Drucke in die Ostien der verschiedenen Nebenhöhlen einzuführen versucht und bei den geringsten Schmerzäusserungen und Abwehrbewegungen von Seite des Patienten, sowie natürlich auch beim Erscheinen von Blut den

Versuch sofort abbricht, wird man seinen Kranken sicherlich keinen Schaden zufügen, selbst aber sehr bald die nöthige Uebung und Orientirung gewinnen. Es wird nicht überflüssig sein, zu bemerken, dass die Sonden gut geknöpft und frei von jeder Rauhigkeit sein und unmittelbar vor jedesmaligem Gebrauche sorgfältig ausgekocht werden müssen. Das Ausglühen der Sonden halte ich nicht für nöthig; es macht sie bald rauh und auch zu weich und dadurch unbrauchbar. Geübtere verwenden übrigens, wie wir später sehen werden, anstatt der Sonden mit grossem Vortheile gleich entsprechende Spülröhrchen. Zum Cocaïnisiren nimmt man am besten einen circa 20 cm langen, weichen, dünnen (0·8—1 mm starken) Neusilber- oder Kupferdraht, an dessen durch einige Messerschnitte oder Eindrücke mit einem scharfen Zängelchen aufgerauhtes Ende ein Wattebäuschchen von etwa Linsengrösse fest angedreht wird; da ein solches nur 1—2 Tropfen Flüssigkeit aufnimmt, kann man unbedenklich auch 15—20 percentige Cocaïnlösung nehmen, mit welcher man nur einen ganz kleinen Schleimhautbezirk, der zunächst in Betracht kommt, bepinselt; für gewöhnlich genügt aber eine 5—10percentige Lösung. Ich halte diese detaillirten Anweisungen für nothwendig, weil ich vielfach selbst bei versirten Collegen die Anwendung überflüssig grosser Mengen von Cocaïn, das dann in den Rachen läuft, gesehen habe. Anderseits muss ich aber, da viele Autoren (u. A. auch Ziem) auf die eventuelle Schädlichkeit der täglichen Anwendung von Cocaïn bei lange fortgesetzter conservativer Behandlung, z. B. einer Kieferhöhleneiterung hingewiesen haben, ausdrücklich betonen, dass man das Cocaïn in der Regel höchstens 2—3 mal anwenden muss, später aber, so bald man einmal über die Lage der betreffenden Ostien orientirt ist, dasselbe sehr gut entbehren kann. Ich selbst komme fast immer schon bei der ersten Untersuchung ohne Cocaïn aus.

Noch eines: man vergesse nie, vor dem Eintauchen des Wattebäuschchens in die Cocaïnlösung ein wenig daran zu ziehen, um sich zu überzeugen, dass es fest am Drahte sitzt. Ich habe wiederholt gesehen, dass das Wattestückchen in der Tiefe des mittleren Nasenganges oder der Rima olfactoria verloren ging, heftige Reactionserscheinungen verursachte und nur mit Mühe wieder gefunden werden konnte.

* * *

Da sich dieser Aufsatz vornehmlich mit der Therapie der Nebenhöhleneiterungen befassen soll, will ich die Pathologie der-

selben nur in Kürze so weit berühren, als sie zur logischen Entwicklung der therapeutischen Methoden nothwendig ist; in meiner oben erwähnten Arbeit habe ich diese Punkte ausführlicher behandelt. Die ungeheuere Mehrzahl aller Empyeme, acuter wie chronischer, entsteht durch Fortpflanzung des Entzündungsprocesses von der Schleimhaut der Nasenhöhle durch die Ostien hindurch auf die Schleimhaut der Nebenhöhlen, und zwar in den allermeisten Fällen im Gefolge von acuten Infectionskrankheiten, in erster Linie von Influenza, in welche ich den gewöhnlichen acuten Schnupfen mit einrechne. Selbst für die Kieferhöhle wird jetzt der nasale Ursprung als der weitaus häufigste anerkannt, während der dentale — von cariösen Zähnen ausgehend — der früher als der fast ausschliessliche betrachtet wurde, obwohl er zweifellos vorkommt, doch relativ selten ist. Von Raritäten, wie Tuberculose, Lues, Osteomyelitis, malignen Neoplasmen, Fremdkörpern u. s. w., wie auch von Traumen können wir dabei absehen. Manche Autoren, wie Zarniko und E. Fränkel, nehmen auch eine selbstständige von Entzündung der Nasenschleimhaut unabhängige Erkrankung der Nebenhöhlen bei acuten Infectionskrankheiten an und Harke (Beiträge zur Pathologie und Therapie der oberen Athmungswege, 1895) meint, dass beim Schneuzen Eiter aus der Nase in die Nebenhöhlen hineingepresst werde und diese so inficire — was mir sehr plausibel erscheint.

Die acuten Empyeme verlaufen nun, wenn sie sich selbst überlassen bleiben, so wie alle acuten Schleimhautentzündungen: sie haben von Natur aus die Tendenz, spontan zu heilen. Die Entzündung der Schleimhaut der Nebenhöhlen durchläuft genau dieselben Stadien, wie die irgend einer anderen Schleimhaut, das Secret verändert sich diesen Stadien entsprechend und das Ende ist in den weitaus meisten Fällen die Spontanheilung. Dazu ist es aber nothwendig, dass das Secret sich stets ungehindert entleeren könne und in dieser Hinsicht steht es eben bei den Nebenhöhlen viel ungünstiger, als bei allen anderen Schleimhäuten; und eine unbefangene Betrachtung lehrt uns, dass ein chronisches Empyem dort entstehen wird, wo (ich citire jetzt wörtlich meine frühere Arbeit) „infolge ungünstiger anatomischer Verhältnisse der Eiter sich nicht constant und vollständig entleeren kann. Die ursprüngliche infectiöse Entzündung läuft spontan ab und was dann noch übrig bleibt und als chronisches Empyem in Erscheinung tritt, ist lediglich Fremdkörpereiterung, erzeugt durch den liegen-

gebliebenen, den bekannten Veränderungen unterliegenden Eiter, der nicht von selbst sich entleeren kann."

Dass zuweilen bei häufig von der Nase her wiederholten acuten Reizungen ein chronischer Katarrh der Schleimhaut einer Nebenhöhle sich entwickeln kann, in ähnlicher Weise, wie z. B. bei fortgesetzter Einathmung reizender Substanzen aus einer täglich erneuerten geringfügigen acuten Laryngitis schliesslich eine chronische wird, ist ja selbstverständlich, aber für die meisten Fälle von chronischen Empyemen ist sicherlich das oben dargelegte, mechanische Moment ausschlaggebend.

Mit dieser Anschauung, welche ich, wie ich glaube, als der Erste oder doch als einer der Ersten so präcise formulirt habe, bin ich nicht allein geblieben. So hat A v e l l i s bald nach mir (Münchener med. Wochenschr. 1896, Nr. 31, sowie Arch. für Lar., Bd. IV., S. 262) und neuerdings wieder im Vorjahre (Der Ausgang des acuten Kieferhöhlenempyems in Verkäsung, seine klinische Würdigung und seine Chancen für die Heilung. Arch. für Lar., Bd. X., S. 271 ff.) für bestimmte Formen acuter Antrumempyeme analoge Anschauungen geäussert, sogar in der letzteren Arbeit, allerdings ohne mich zu citiren, fast ganz dasselbe Raisonnement entwickelt, wie ich 1896—97. — Ich freue mich dieser Uebereinstimmung und will an dieser Stelle die Prioritätsfrage nicht weiter besprechen. Ich gehe aber, wie oben ausgeführt, viel weiter, indem ich nicht nur für die in „Verkäsung" ausgegangenen acuten, sondern für die Mehrzahl der chronischen Empyeme überhaupt denselben Entstehungsmechanismus annehme.

Aus dieser kurzen Darstellung der Aetiologie ergeben sich nun die Grundzüge einer rationellen Therapie eigentlich von selbst. Es wird sich darum handeln, zunächst dem zurückgehaltenen Secrete den Abfluss zu ermöglichen, respective zu erleichtern, weiterhin, wenn derselbe nicht constant und regelmässig stattfindet, das Secret durch künstliche Nachhilfe seitens des Arztes oder des Patienten in bestimmten Zwischenräumen zur Entleerung zu bringen. Erst dann, wenn dies nicht zur Heilung oder mindestens zu einer der Heilung nahekommenden Besserung führen sollte, wird der Arzt mit Berechtigung energischere Massnahmen in Anwendung bringen dürfen.

So viel im Allgemeinen. Im Speciellen müssen wir aber vom praktischen Standpunkte aus sofort zwischen acuten und chronischen Empyemen strenge unterscheiden — genauer gesagt:

zwischen acut auftretenden und chronischen Beschwerden, zwischen plötzlich auftauchenden und seit längerer Zeit vorhandenen Symptomen. Denn nur in den allerseltensten Fällen wird man in der Lage sein, ein wirklich acutes Empyem mit Sicherheit zu diagnosticiren, d. h. festzustellen, dass eine acute Entzündung in einer bis dahin vollständig gesund gewesenen Nebenhöhle aufgetreten ist. Denn da müsste gerade der Arzt den betreffenden Patienten vorher wiederholt und auch kurz vor der Erkrankung in der Nase untersucht und diese vollständig normal befunden haben — ein Zufall, der gewiss nur ausserordentlich selten eintreten wird. Im Allgemeinen wird man finden, dass in den meisten Fällen, wo bei bis dahin anscheinend gesunder Nase plötzlich Zeichen einer heftigen Nebenhöhlenentzündung auftreten, die Erkrankung früher schon latent vorhanden war und jetzt nur, meist durch Influenza veranlasst, mit heftiger Steigerung der Beschwerden zum Vorschein gekommen ist.

Für unser Vorgehen ist dies aber zunächst Nebensache. Nur bei Rhinologen, welche bei chronischen Empyemen sofort ein energischeres, operatives Vorgehen für geboten halten (und deren Zahl ist, wenn auch vielleicht jetzt etwas geringer, doch noch immer sehr gross) kommt natürlich sehr viel darauf an, ob es sich um wirklich acute oder bis dahin latent gewesene, chronische Entzündungen handelt. Für die conservative Behandlungsmethode, mit welcher wir uns zunächst befassen, ist das ganz gleichgiltig, denn nach einigen Tagen oder Wochen sieht man ja, wie die Krankheit verläuft. Sofortige operative Eingriffe (und auch die einfache Punction der Kieferhöhle vom unteren Nasengange aus ist ja zweifellos ein solcher, wenn auch ein geringfügiger) werden auch bei acuten Entzündungen nur in ganz vereinzelten Fällen, vielleicht nur bei der Stirn- und Kieferhöhle, wirklich nothwendig sein. Avellis empfiehlt allerdings (Arch. f. Lar., Bd. II, 1895, Seite 308) alle Fälle von acuten Kieferhöhlenentzündungen von der Fossa canina aus anzubohren; man müsse nach den Regeln der grossen und kleinen Chirurgie, wo Eiter sei, diesen künstlich entleeren, genau so wie bei einem Abscesse. Ich glaube, diese Anschauung seinerzeit (l. c.) genügend widerlegt zu haben und solche Vorschläge werden wohl auch nicht häufig gemacht. Sie entspringen dem Vergleiche des acuten Empyems mit einem Abscesse, den Avellis in seiner späteren Arbeit von 1900 (l. c., S. 273) noch ausdrücklicher wiederholt; dieser Vergleich hinkt aber schon bei

oberflächlicher Betrachtung ganz gewaltig. Denn der Abscess ist ja von Haus aus geschlossen und macht sich seine Abflussöffnung fast immer (auch nicht ausnahmslos) von selbst, deshalb hat der Chirurg wohl das Recht, sie zur Abkürzung des Processes früher anzulegen; die Nebenhöhle hat aber von Haus aus eine Oeffnung und diese wegsam zu machen, durch diese den Eiter abzuleiten, wenn er sich nicht von selbst entleert, ist zunächst die Aufgabe des Rhinologen. Und die Abscesshöhle ist ja nach vollendeter Heilung verschwunden, die Nebenhöhle aber bleibt und soll ja ihre normale Oeffnung und womöglich auch ihre normalen Wändungen behalten!

Geradezu wohlthuend berührt mich gegenüber den zahlreichen Publicationen, welche alle nur von den verschiedenen Arten von Operationen und deren Indicationen handeln, eine Arbeit von Wróblewski (Arch. f. Lar., Bd. X., S. 52 ff.), der ziemlich scharf gegen Avellis polemisirt und über eine Reihe von acuten Antrumempyemen berichtet, die er alle exspectativ, d. h. ohne die geringste manuelle Nachhilfe behandelt und heilen gesehen hat. Das bedeutet wohl das äusserste Extrem des Beobachtens und — Nichtsthuns; aber es genügt thatsächlich für viele Fälle und hat ja in der vorrhinologischen Zeit thatsächlich für alle genügen müssen, nicht nur für wirklich acute, sondern auch für chronische mit acuten Exacerbationen; denn unter Wróblewski's Fällen selbst sind zweifellos solche vorhanden und seinen Fall V, der in 13 Jahren etwa 15 mal rechts oder links acute Kieferhöhleneiterung bekam, wird doch wohl Jedermann einen chronischen mit häufigen acuten Steigerungen nennen müssen, mag er auch in den Zwischenzeiten keinerlei Symptome dargeboten haben.

Wenn wir also Symptome einer acuten Nebenhöhlenentzündung auftreten sehen (von diesen ist es fast immer der heftige Schmerz allein, der die Kranken zum Arzte treibt, in selteneren Fällen auch eine äussere Anschwellung), wobei man meistens nach der Localisation der Schmerzen beurtheilen kann, um welche Höhle es sich handelt (zuweilen auch um mehrere), so wird man zunächst allgemeine Massregeln anordnen: Bettruhe, kühle Waschungen — je nach der Höhe des Fiebers — kalte Ueberschläge auf Stirne, Schläfe, Gesicht je nach der Localisation (vielen Kranken thun aber warme, ja direct heisse Umschläge viel wohler), heisse, schweisstreibende Getränke; Alkohol in jeder Form ist entschieden zu ver-

bieten, aber auch Kaffee, Thee und Tabak besser zu vermeiden (Killian in Heymann's Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, Bd. III., S. 1027). Die Localbehandlung besteht in Ausspülungen der Nase mit lauwarmer physiologischer Kochsalzlösung und nachfolgender Application von 10—20 percentiger Cocaïnlösung in den mittleren Nasengang, resp. die Rima olfactoria. Die Ausspülungen soll der Arzt selbst vornehmen und dabei grosse Vorsicht anwenden, immer von der verstopften Seite her, unter geringem Drucke und nicht continuirlich spritzen und darnach das Wasser aus der Nase abtropfen und das Schneuzen vermeiden lassen; dabei möge man aber die Umgebung des Kranken schon im Vorhinein darauf aufmerksam machen, dass möglicher Weise durch Fortpflanzung der Entzündung von der Nase auf die Tube eine Otitis media hinzutreten könne, da man sonst sicher beschuldigt werden würde, dieselbe durch die Ausspritzungen erzeugt zu haben, wie es mir selbst vor langer Zeit einmal passirt ist. Ich habe übrigens bei Tausenden von Nasendurchspülungen, welche ich und meine Hilfsärzte am Ambulatorium das Jahr hindurch vornehmen, seit vielen Jahren keine complicatorische Mittelohrentzündung mehr gesehen und erwähne dies hier nebenbei, weil noch immer so viel von der Gefährlichkeit der Nasenausspülungen gefabelt wird. Natürlich darf man die erwähnten Vorsichtsmassregeln nicht ausser Acht lassen und nicht etwa einen Irrigator bei einer Druckhöhe von 2 Metern anwenden, wie ich dies auch schon erlebt habe.

Um nach dieser kurzen Abschweifung zu unserem Thema zurückzukehren: nach der Ausspülung und Cocaïnisirung wird man, wenn die entzündliche Schwellung der Nasenschleimhaut nicht übermässig stark ist, schon in diesem Stadium sehr oft einen überraschenden Effect sehen: sofortiges Nachlassen oder gänzliches Aufhören der rasenden Schmerzen für einige Stunden, 1—2 Tage, manchmal sogar für die Dauer. Häufig sieht man gleichzeitig in der Nase an der entsprechenden Stelle spärliches Secret erscheinen; es genügt eben der Abfluss einiger Tropfen, um die Schmerzen zu beheben — in ähnlicher Weise wie bei einem Panaritium, mit welchem ich gelegentlich einmal das acute Empyem bezüglich des Mechanismus der Entstehung der Schmerzen verglichen habe. Man nehme auch hiebei nicht viel Cocaïn, trachte aber dasselbe durch entsprechende Krümmung des die Watte tragenden Drahtes nach Thunlichkeit in das betreffende Ostium

zu dirigiren. Es ist mir nicht selten gelungen, auf diese Art den Ductus nasofrontalis direct zu cocaïnisiren. Zur Erhöhung des Effectes lasse ich den eingeführten Wattepinsel gerne 1—2 Minuten liegen.

Manchmal aber ist die Verschwellung in der Nase so heftig, dass man von der localen Cocaïnanwendung keinen nennenswerthen Erfolg sieht; dann leisten die gebräuchlichen Antipyretica, resp. Nervina häufig noch sehr gute Dienste. Ich habe früher geglaubt (und wohl viele Collegen mit mir), dass es sich in Fällen, wo die Schmerzen auf den Gebrauch solcher Mittel prompt gewichen waren, nicht um Empyem, sondern um Influenza-Neuralgie gehandelt haben müsse; ich habe aber seither wiederholt gesehen, dass in Fällen, in welchen ich nachher eine wohl charakterisirte Siebbein- oder Stirnhöhleneiterung constatiren konnte, dennoch am Beginne derartige Mittel direct schmerzstillend gewirkt hatten, wo die Cocaïnisirung im Stiche gelassen hatte; eine hinreichende Erklärung dafür habe ich allerdings nicht finden können, denn anzunehmen, dass in diesen Fällen neben dem Empyem immer auch Influenza-Neuralgie bestanden habe, geht doch wohl nicht gut an. Ich pflege Salipyrin in Dosen von 0·5, noch lieber Antifebrin 0·25 pro dosi zu verordnen; mit letzterem habe ich seit 15 Jahren vorzügliche Erfahrungen gemacht. Im späteren Stadium Jodkali zu geben, wie Wróblewski empfiehlt, um das eitrige Secret in schleimiges zu verwandeln, dürfte immerhin, wenn auch nicht nöthig, doch eines Versuches werth sein; auch Moritz Schmidt hat dasselbe, wie er in seinem bekannten Lehrbuche mittheilt, bei Secretverhaltung einigemal angewendet, aber in grösserer Dosis, 5 g auf einmal; Schäffer hat es schon früher in kleiner Dosis für chronische Empyeme empfohlen. Ich habe manchmal unangenehme Erfahrungen damit gemacht; namentlich ist mir ein junges Mädchen im Gedächtnisse geblieben, bei welchem ein doppelseitiges, acutes Stirnhöhlenempyem in zögernder Ausheilung begriffen war — es war mir auf beiden Seiten nicht gelungen, den Ductus nasofrontalis zu sondiren — und jedesmal eine halbe Stunde nach der Einnahme von Jodkali die heftigsten Schmerzen in beiden Stirnhöhlen auftraten, viel heftigere, als sie zur Zeit der acuten Entzündung gewesen waren. Offenbar handelte es sich da sozusagen um einen rasch auftretenden Jodschnupfen der Stirnhöhle, um vermehrte Secretion der Stirnhöhlenschleimhaut bei gleichzeitig

durch die Schwellung derselben bedingten Verschluss der jedenfalls sehr engen Nasofrontalgänge. Natürlich habe ich das Mittel aussetzen lassen; der Fall ist später vollständig geheilt.

Zur Beseitigung der Stirnhöhlenschmerzen wurde von Hartmann und später von Killian (in Heymann's Handbuch, III., 1117) eine Lufteintreibung nach Politzer — nach vorheriger Cocaïnisirung — empfohlen; ich habe auch einmal einen wunderbaren Effect davon gesehen, halte das Verfahren aber doch für gefährlich, da man noch gesunde Siebbeinzellen und unter Umständen selbst das Mittelohr durch Eintreiben von Eiter inficiren kann.

Daneben werden wir aber nach Möglichkeit versuchen, den Eiter direct auszuspülen, was unter allen Umständen das Beste ist. Wir werden also, nachdem durch Cocaïn Anästhesie und möglichste Abschwellung der betreffenden Schleimhautpartien erzielt worden, vorsichtige Sondirungs-, resp. Ausspülungsversuche machen, welche oft überraschend leicht gelingen und meist sofort sehr guten Erfolg haben; bei sehr heftiger acuter Entzündung hält er freilich nicht lange an, etwa 12—24 Stunden. In solchen Fällen wird man eben die Ausspülung täglich wiederholen müssen und so ist es mir oft gelungen, die Kranken über die schlimmste Zeit — sie dauert meist 3, manchmal aber auch 6—7 Tage — hinwegzubringen und dann das Empyem dem spontanen Ablaufe überlassen zu können, einigemale auch bei Stirnhöhlenentzündungen, wo die rasendsten Kopfschmerzen, entzündliche Schwellung der oberen Augenlider und der Augenbrauengegend und leichte Schüttelfröste mir selbst schon ein operatives Eingreifen räthlich erscheinen liessen.

Roth (Wiener med. Presse, 1901, Nr. 7) theilt mit, dass er nach warmen Ausspülungen acut entzündeter Kiefer- und Stirnhöhlen die Schmerzen auch dann verschwinden sah, wenn kein Secret zum Vorschein gekommen war. Das ist in den ersten Tagen der Entzündung, wo noch nicht viel Secret gebildet wird, ganz gut denkbar.

In manchen Fällen wird man sich aber, namentlich wenn die Sondirung der Ostien nicht gelingt, doch durch die sehr heftigen Schmerzen der Kranken zu kräftigerem Eingreifen gezwungen sehen und da kommen wohl, wenn man vorsichtig vorgehen will, zunächst nur kleinere Operationen in Betracht: bei der Kieferhöhle die Punction durch den unteren Nasengang, bei der Stirn-

höhle die Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel. Die Punction der Kieferhöhle ist dabei nicht als Probepunction gedacht, zur Constatirung, ob Eiter da sei, sondern zum Zwecke therapeutischer Durchspülung, wie ich sie auch schon 1897 empfohlen habe. Man kann eine solche unter Umständen auch am nächsten oder zweitnächsten Tage wiederholen, bis das Aergste vorüber ist und der spontane Abfluss des Eiters durch das Ostium maxillare hergestellt erscheint. Oft genug wird man dabei nicht schleimiges oder schleimig-eitriges, sondern milchiges Secret mit käsigen Bröckeln herausspülen und darnach erkennen, dass es sich, obwohl vorher alle Symptome gefehlt hatten, doch um ein altes, chronisches Empyem mit acuter Exacerbation handle.

Zur Punction hat Lichtwitz eine gerade Nadel angegeben, welche auch von Grünwald und Hajek empfohlen wird, M. Schmidt eine leicht bogenförmig gekrümmte, welche ich unbedingt vorziehe. Die Gründe hiefür habe ich 1897 (l. c.) genau angegeben; namentlich handelt es sich um Vermeidung des höchst unangenehmen Zufalles, der selbst Hajek nach seiner eigenen Angabe öfter passirt ist, dass die Nadel auch die faciale Kieferhöhlenwand passirt und das Wasser dann in die Wange injicirt wird, was für den Kranken mitunter böse Folgen hat. Jedenfalls muss man die Nadel besonders sorgfältig auskochen; zur Einspritzung nehme ich eine Mischung von 2percentiger Carbollösung und frisch abgekochtem Wasser zu gleichen Theilen.

Dass man, wenn ein acutes Antrumempyem nachgewiesenermassen durch Wurzelperiostitis entstanden ist, die betreffende Zahnwurzel extrahiren wird, ist ja selbstverständlich und wenn hiebei die Kieferhöhle eröffnet wurde, wird man natürlich gleich durch diese Oeffnung ausspülen, ebenso, wenn das Empyem durch Eröffnung des Antrums gelegentlich der Extraction cariöser Zähne und nachträgliche Infection von der Mundhöhle her entstanden ist; dieses Ereigniss kommt im Verhältnisse zu der Häufigkeit, mit der bei Zahnextractionen die Kieferhöhle eröffnet wird, relativ selten, absolut genommen aber ziemlich häufig vor und man muss diese Fälle eigentlich nicht zu den dentalen, sondern zu den traumatischen Empyemen rechnen.

Die Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel nimmt man, wenn es möglich ist, mit der kalten Schlinge vor, sonst mit einem geeigneten Conchotom; bei heftigen Schmerzen im Stirnhöcker, in der Schläfen- oder Scheitelgegend wird man unter Um-

ständen die mittlere Muschel in grösserer Ausdehnung reseciren müssen, um auch den Eiterabfluss aus den Siebbeinzellen freizumachen. Genauere Vorschriften lassen sich da nicht geben, hier entscheidet mehr der klinische Blick und die Erfahrung. Wenn sich Erscheinungen eines Abscesses der Orbita oder der vorderen Stirnhöhlenwand zeigen, wird man natürlich ungesäumt von aussen her operativ vorgehen müssen; ausnahmsweise kann man aber selbst da noch nach endonasaler Operation die Erscheinungen zurückgehen sehen. Bloss wegen heftiger, selbst unerträglicher Schmerzen eine acut entzündete Stirnhöhle sofort aufzumeisseln — wie es hie und da geschieht — ohne eine endonasale Behandlung auch nur versucht zu haben, halte ich für durchaus ungerechtfertigt.

Bei acuten Entzündungen der Keilbeinhöhle (auf welche der Verdacht sich lenken wird, wenn die Schmerzen hauptsächlich in der Tiefe des Hinterkopfes sitzen, Schwindelanfälle besonders beim Bücken auftreten und Druckgefühl hinter einem oder beiden Augen vorhanden ist), wird man in derselben Weise vorgehen müssen: cocaïnisiren — sondiren — ausspülen. Die Oeffnung der Keilbeinhöhle ist nicht so ausserordentlich schwer zu finden, wie vielfach geglaubt wird; anderseits ist auch die Vorderwand der Keilbeinhöhle häufig sehr dünn und brüchig, letzteres namentlich, wie Schaeffer (in Heymann's Handbuch, III., 1180) angibt, bei acuter Entzündung, so dass man sie mit der Knopfsonde oft ohne besondere Anstrengung durchstossen kann. Wenn auch hier keine gefährliche unmittelbare Nachbarschaft vorhanden ist, wird man dies doch besser nicht sofort und principiell thun, sondern lieber etwas Geduld haben und sich erst ein wenig mit der Aufsuchung des Ostium sphenoidale plagen.

Wenn bei acuten Nebenhöhlenentzündungen meningeale Symptome auftreten, wird man radicales chirurgisches Vorgehen in Betracht ziehen müssen; es ist äusserst schwierig, hier die richtige Mitte zu halten, einerseits nicht die Kranken unnöthiger Weise schweren Eingriffen zu unterziehen (was leider auch in leichteren Fällen oft genug geschieht), anderseits nicht — zu spät zu kommen.

(Schluss folgt.)

Die Anwendung von Nährpräparaten im Säuglingsalter.

Von Universitäts-Docenten Dr. Wilhelm Knoepfelmacher,
dir. Primararzt am Karolinen-Kinderspitale in Wien.

Das letzte Decennium hat einige Aufklärung über gewisse Probleme auf dem Gebiete der Säuglingsernährung gebracht. Der jedem Praktiker geläufige Unterschied zwischen Frauen- und Thiermilch erscheint wenigstens in der Hauptsache klinisch und wissenschaftlich festgelegt, aber doch noch immer nicht mit jener wünschenswerthen Klarheit begründet, welche den Aufbau einer feststehenden und genügend fundirten Ernährungslehre für das Säuglingsalter ermöglichen würde. Die alte Lehre, dass die Frauenmilch in ihrer Gesammtwirkung nicht durch Thiermilch und deren Zubereitungen ersetzbar sei, ist auch jetzt noch unanfechtbar und nach mancher Richtung hin vertieft worden. Nicht bloss chemische Unterschiede im Verhalten einzelner Nahrungsmittel in quantitativer und qualitativer Hinsicht sind neuerlich gefunden worden; auch die biologischen Untersuchungsmethoden haben uns auch für unser Gebiet bereits wesentliche Erfolge gebracht. So ist der Unterschied der Eiweisskörper der Frauen- und der Thiermilch durch biologische Reactionen gesichert worden. So ist im Verhalten der verschiedenen Milcharten in Bezug auf ihren Gehalt an Antitoxinen (Ehrlich), an Enzymen (Escherich), an bactericiden Substanzen (Moro), Manches aufgedeckt worden, dessen Kenntniss nach Escherich im Stande ist, die merkwürdige Beeinflussung des Säuglings durch Frauenmilchernährung zu erklären. Und da biologische Untersuchungen dieser Art erst seit wenigen Jahren geübt werden, haben wir Grund zur Hoffnung, dass weitere Forschungen auf diesem Gebiete unsere Kenntniss von dem Unterschiede der Frauen- und der Thiermilch noch wesentlich fördern werden.

Dabei muss aber unbedingt zugegeben werden, dass wir auch jetzt schon, ohne festbegründete Gesetze aufstellen zu können, sehr viel Gutes durch rationelles Verfahren bei der Säuglingsernährung mittelst Thiermilch leisten können. Es lässt sich auch mit ziemlich grosser Sicherheit sagen, dass die Säuglingssterblichkeit in jenen Kreisen, welche einer wirksamen Beeinflussung durch den gründlich geschulten Arzt zugänglich sind, auch bei der

künstlichen Ernährung wesentlich abgesunken sein muss, wenngleich verlässliche, statistische Daten, wenigstens in grösserer Zahl, zur Stütze dieser Behauptung nicht herangezogen werden können. Ja, die Erfahrungen, die an einem sehr grossen ambulatorischen Säuglingsmaterial gesammelt werden konnten, lassen unzweifelhaft erkennen, dass auch in unbemittelten Bevölkerungskreisen, welche im Allgemeinen an traditionellem Herkommen und deshalb auch an den hiemit verbundenen Missbräuchen viel zu zähe haften und welche überdies aus Mangel an Geld wohlgemeinte hygienische Rathschläge nicht so leicht befolgen können, die Kenntniss der gegenwärtig geltenden Principien der Säuglingsernährung Wurzel zu fassen beginnt. Die Verbreitung dieser Principien obliegt den Aerzten. Am reichlichsten bietet sich ihnen die Gelegenheit dazu erst dann, wenn das Kind krank geworden ist, weil sie erst dann zu Rathe gezogen werden. Umso wichtiger ist es, die für die Magendarmerkrankungen jetzt geltenden Massnahmen zu kennen, um erfolgreiches Einschreiten zu ermöglichen. Und langjährige Beobachtungen haben in der That gelehrt, dass sachgemässes Eingreifen bei den acuten und chronischen Magendarmkrankheiten des Kindesalters sehr oft von imponirendem Erfolge begleitet ist. Hat man einen acut oder chronisch magendarmkranken Säugling vor sich, so gilt es vor Allem, die richtige Diät für denselben zu finden; medicamentöse Massnahmen können da lange nicht so viel leisten, als wie die geeignete Diät. Nur müssen wir von vorneherein zugeben, dass die richtige Diät für den magendarmkranken Säugling nicht immer auf Grund wissenschaftlich begründeter Ueberlegungen bestimmt werden kann; viel zu oft noch spielt der Zufall eine Rolle, viel zu oft noch muss der Arzt probiren, was dem Kinde bekömmlich ist, selbst ohne theoretische Grundlage, selbst im Gegensatze zu theoretischen Grundsätzen (Buttermilch!), ja oft auch ohne durch die praktische Erfahrung geleitet werden zu können. Unter solchen Umständen ist es allzu begreiflich, dass die Aerzte darnach trachten, das Gebiet der für den Säugling zur Verfügung stehenden Nahrungsmittel möglichst zu erweitern und allerhand Präparate für die Säuglingsernährung heranzuziehen, welche ursprünglich für solche nicht bestimmt waren und oft schon aus sehr dringenden theoretischen Ueberlegungen für das Säuglingsalter entschieden zurückgewiesen werden müssen. Ich denke da vornehmlich an die vielen Eiweisspräparate. Ich kenne

keinen Krankheitszustand im Säuglingsalter, in welchem solche Präparate als Nahrungsmittel zu empfehlen wären. Obzwar die Zahl der Veröffentlichungen, welche bald dieses, bald jenes Eiweisspräparat auch für den Säugling warm empfehlen, schon sehr gross ist und noch von Tage zu Tage anwächst, ist es nicht genug nachdrücklich zu betonen, dass die Anwendung von reinen Eiweisspräparaten im Säuglingsalter zu vermeiden ist. Das gilt vor Allem für die Fleischeiweiss- und Milcheiweisspräparate, welchen Namen sie immer führen mögen. Denn das, was die fabriksmässig hergestellten Eiweisspräparate für den Erwachsenen möglicherweise leisten können, nämlich die Zufuhr von stickstoffhaltigen Nahrungsmitteln in concentrirtester Form, das hat für den Säugling keine Berechtigung, bei welchem man ja ohnehin die Eiweisspräparate in viel Wasser gelöst oder suspendirt anwenden müsste. Denn einerseits sind ja concentrirte Eiweisslösungen meist dem Säuglinge nicht bekömmlich, auch für ihn überflüssig, anderseits muss ohnehin viel Wasser dem Säuglinge zugeführt werden, um sein sehr lebhaftes Wasserbedürfniss zu decken. Und dann hat die Kuhmilch einen so hohen Gehalt an Eiweisskörpern, namentlich im Verhältnisse zur Frauenmilch (3·5 Percent gegen 1·2 Percent), dass man bei der künstlichen Säuglingsernährung, sowohl beim gesunden wie namentlich beim kranken Kinde, den Säugling fast stets gegen das Zuviel an Eiweisszufuhr, nicht aber gegen ein Deficit an Eiweiss bei sonst calorimetrisch entsprechender Nahrung zu schützen hat. Man kann freilich einwenden, dass es nicht gleichgiltig sein kann, was für ein Eiweiss und in welcher Form man es dem Säuglinge zuführt. Und es wäre die Möglichkeit gegeben, dass Eiweiss, welches nicht, wie das Caseïn in der Milch, bloss in gequollenem, nicht gelöstem Zustande verabreicht wird, sondern in Lösung, oder Eiweiss, das durch Säuren nicht fällbar ist, in manchen Krankheitszuständen für den Säugling angezeigt wäre. Man könnte hieraus die Berechtigung ableiten, z. B. Albumosen und ähnliche Eiweisspräparate dem Säuglinge zu verabreichen. Ich kann diesen Einwand nicht direct ablehnen, obzwar wir wissen, dass zur Befriedigung des täglichen Eiweissbedarfes Albumosen allein nicht herangezogen werden können, weil sie, in der entsprechenden Menge eingeführt, den Darm reizen, nicht resorbirt, sondern wieder entleert werden. Immerhin muss aus theoretischen Erwägungen, welche sich auch in der Praxis bewähren, zugegeben werden, dass beim frühgeborenen Kinde,

möglicherweise auch beim chronisch und sehr schwer magendarmkranken Kinde die Zufuhr gelöster Eiweisskörper (im Gegensatze zu dem im gequollenen Zustande in der Milch suspendirten Caseïn [Caseïnkalk]) von Vortheil sein kann. Da wäre die Vorstellung wohl zulässig, dass solch gelöste Eiweisskörper auch ohne Verdauung (die beim frühgeborenen oder sehr schwer magendarmkranken Kinde darniederliegen kann) direct resorptionsfähig sind, wie das im Experimente an Thieren gezeigt worden ist. Aber auch für diese Zwecke ist die Anwendung fabriksmässig erzeugter Eiweisspräparate gar nicht förderlich, und wir besitzen andere Hilfsmittel für solche Fälle, wie z. B. die Molke und das Hühnereiweiss, welche für diesen Fall viel zweckentsprechender sind.

Auch die Bestrebungen, bestimmte Körper, wie Eisen, Phosphor, dem Organismus in organischer Bindung, im Eiweissmolecül zuzuführen, sei es an Albumin, Albumosen, Nucleïn oder Pseudonucleïn gebunden, haben für den Säugling fast keinen Werth. Der Säugling, dessen Magen und Darmcanal solche Präparate bewältigt, wird gewiss die viel einfacheren — und auch wesentlich billigeren — natürlichen Nahrungsmittel mit besserem Erfolge verarbeiten.

Bei dieser Zurückweisung aller Eiweisspräparate für das Säuglingsalter habe ich nicht die Absicht, jene Bestrebungen zu verurtheilen, welche die Zusammensetzung und Beschaffenheit der Kuhmilch dahin zu ändern trachten, aus der Kuhmilch ein für den Säugling geeigneteres Nahrungsmittel zu bereiten. So sind jene Anwendungsformen, in welchen das in der Kuhmilch vorhandene, für den Säugling ungünstige Verhältniss von Fett zu Eiweiss (Kuhmilch 3·5 : 3·8, Frauenmilch 1·2 : 4) geändert wird, nur mit Freuden zu begrüssen. Es wird sich gegen die Anwendung des natürlichen Biedert'schen Rahmgemenges und der auf dem gleichen Principe beruhenden Gärtner'schen Fettmilch kein berechtigter Einwand vorbringen, für die Anwendung aber Vieles anführen lassen. Die weitgehende Beeinflussung der Kuhmilchzusammensetzung, wie sie z. B. von Backhaus an der frischen, von Volkmer u. A. an der conservirten Milch vorgenommen wird, bei der das Milcheiweiss durch Trypsin zum Theile vorverdaut wird, dürfte sich wahrscheinlich als überflüssig erweisen.

Wir haben also im Allgemeinen von künstlichen Eiweisspräparaten für das Säuglingsalter wenig zu erwarten. Es ist gewiss be-

rechtigter, das Verhältniss zwischen stickstoffhaltigen (Eiweiss) und stickstofffreien Nahrungsmitteln (Fett und Kohlehydrate), wie es in der Kuhmilch ist, zu Ungunsten des Eiweiss abzuändern. Das geschieht mit Rücksicht auf das Fett im Rahmgemenge und in der Fettmilch; es wird mit Vortheil auch in Bezug auf die Kohlehydrate angewendet.

Diese Bestrebungen, welche sich auf Liebig's Arbeiten zurückführen lassen und in der Liebig'schen Malzsuppe durch Jahrzehnte sich praktisch bewährt haben, führen dazu, eine grosse Masse von Nährpräparaten zu schaffen, welche zum Theile in der Erwägung gipfeln, dass der jüngere Säugling nicht im Stande sei, grössere Mengen von Amylum zu verdauen und zu resorbiren. Sie streben daher die Umwandlung der Stärke in lösliche Kohlehydrate an; in jüngster Zeit ist zwar die Annahme erschüttert worden, dass der Säugling in dem ersten Lebenshalbjahre nicht das Vermögen hat, Amylum in ein lösliches und dann resorbirbares Kohlehydrat umzuwandeln; nichtsdestoweniger bietet die Anwendung solcher Präparate, wie sie mit und ohne Milchzusatz in der verschiedenartigsten Weise, am einfachsten durch den Röstprocess oder durch Erhitzen im Wasserdampfe oder durch Mälzen erzeugt werden, grosse Vortheile: sie ermöglichen es, sehr grosse Mengen von Kohlehydraten in Lösung dem Säuglinge zuzuführen und so in einer meist mehr als genügenden Weise für den Energiebedarf des Säuglings zu sorgen. Sie haben aber auch den nicht zu unterschätzenden Vorzug, dass es durch ihre Mannigfaltigkeit leicht gelingt, dem Gaumen des Kindes in jenen Fällen Rechnung zu tragen, in welchen der Säugling Milch oder einfachen Milchbrei verschmäht. Sie sind zumeist wohlschmeckend, und sind auch hierin in einem wohlthuenden Gegensatze zu der Majorität der Eiweisspräparate.

Bei Besprechung dieser Präparate muss man eigentlich vom Milchzucker ausgehen, welcher nächst dem Fett die grösste Energiequelle für den Säugling bei der Milchernährung abgibt. Darum ist es ja seit Soxhlet's Empfehlung üblich, der verdünnten Milch Milchzucker zuzusetzen, von welchem sich auch wegen der geringen Süsse bekanntlich ziemlich grosse Mengen zusetzen lassen. In ähnlicher Weise ist auch der Malzzucker von Escherich empfohlen worden, der noch leichter assimilirt werden dürfte. Aber so wichtig die Zuckerarten für das Kind sind, so werthvoll ihre Anwendung ist, der Gebrauch derselben lässt sich nicht allzuweit ausdehnen, weil die Zucker, in grösserer Menge

eingeführt, Durchfall erzeugen. Das hat auch die Schule Czerny's dazugeführt, bei der von ihnen empfohlenen Milchmalzsuppe, die gar nichts Anderes als eine bequeme Darstellungsweise der alten Liebig'schen Suppe darstellt, grössere Mengen Amylum der Zuckerlösung beizufügen. Die Milchmalzsuppe hat freilich den Vortheil vor der Liebig-Suppe, dass man das Verhältniss von Milch zur Maltose und zur Stärke bequem variiren kann. Das lässt sich übrigens auch auf andere Weise erreichen, so z. B. bei Anwendung des Liebig'schen Suppenextractes (von Hell) und anderen ähnlichen Präparaten. Hieher gehört auch der neuerdings von Soxhlet empfohlene Nährzucker (Maltose-Dextrin). Von diesen Präparaten bis zu den unveränderten Mehlen gibt es eine grosse Reihe von Abstufungen in Bezug auf das Verhältniss der löslichen zu den unlöslichen Kohlehydraten. Sie haben alle gewissermassen eine Berechtigung und selbst jene, welche keine umgewandelte Stärke enthalten, haben den Vorzug, dass sie äusserst fein gemahlen sind, meist auch, dass sie leicht quellen. Man kann von ihnen übrigens auch sagen, dass sie gegenüber den nicht präparirten, im Handel vorkommenden Mehlsorten sicherlich keinen oder höchstens nur einen Nachtheil haben: dass ihre Beschaffung mit grösseren Kosten verbunden ist. Sie gewähren aber in manchen Krankheitszuständen des Säuglings Vortheile vor unpräparirten Mehlen: sie erleichtern die Ernährung des Säuglings, sei es auch oft nur wegen ihres Geschmackes.

Es ist auch versucht worden, jenes Nahrungsmittel, das neben Eiweiss und Kohlehydraten in so eminenter Weise den Energiebedarf des Säuglings zu decken vermag, das Fett, in Form von Conserven der Säuglingsernährung zugänglich zu machen. In diese Gruppe gehören nur wenige Präparate. Die geringe Zahl spricht schon an sich dafür, dass sie sich bei den Aerzten nicht des gleichen Ansehens erfreuen, wie die Eiweiss- und Kohlehydratpräparate. Mit wenigen Ausnahmefällen wird es nicht schwer sein, auf ihren Gebrauch zu verzichten.

REFERATE.

Interne Medicin.

Ueber die Anwendung der Digitalis bei Erkrankungen des Herzens. Von Heinrich Einhorn.

Man spricht von einer Compensationsstörung, sobald Stauungserscheinungen am Herzen und deren unmittelbare Folgeerscheinungen nachgewiesen werden können, und die Diagnose der beginnenden Compensationsstörung stützt sich auf vier Momente: 1. auf den Nachweis eines Grösserwerdens der Herzdämpfung durch genaue Percussion. 2. Auf die Veränderungen der Pulsbeschaffenheit. 3. Auf das Sinken des Blutdruckes. 4. Auf die Abnahme der Diurese. Vf. hält es für unbedingt geboten, Digitalis zu geben, sobald eine Aenderung in der Pulsbeschaffenheit oder eine Dyspnöe als abhängig von einer sich entwickelnden Stauungsdilatation erkannt werden können und bevor hochgradigere Stauungssymptome am Herzen oder an der Peripherie aufgetreten sind. Die Darreichung der Digitalis ist in allen Fällen indicirt, in welchen im Anschluss an eine Herzmuskelschwäche Stauungsdilatationen am Herzen und deren unmittelbare Folgeerscheinungen, die Aenderung der Pulsbeschaffenheit und ein Absinken des Blutdruckes vorliegen.

Hinsichtlich der Indicationsstellung für die Verordnung der Digitalis im Allgemeinen ist es vollkommen gleichgiltig, ob eine Stauungsdilatation sich ausbildet am vorher gesunden oder vorher kranken, am muskel- oder klappenkranken Herzen, bei Mitral- oder Aortenfehlern, im Anschluss an eine Sklerose der Coronararterien oder im Verlaufe einer Chlorose, einer nervösen Herzerkrankung oder irgend einer sonstigen acuten oder chronischen Erkrankung. Von wesentlicher Bedeutung ist nur stets das selbstverständliche, gleichzeitige Sinken des Blutdruckes.

Das Fehlen einer Stauungsdilatation am Herzen, ein für den betreffenden Krankheitsfall normaler oder gesteigerter Blutdruck bilden eine directe Contraindication gegen die Verordnung des Mittels. Dieselbe kann niemals durch vermehrte Pulsfrequenz oder Pulsarrhythmie allein gerechtfertigt werden. Sie ist entschieden zu verwerfen in allen Fällen ungestörter Compensation, im Stadium der Eusystolie der Klappenfehler und besonders auch in allen Zuständen von kardialem Erethismus, wie solche

nicht nur bei nervösen Herzerkrankungen, nach Kaffee- oder Tabaksmissbrauch, sondern auch im Verlaufe von Klappenfehlern, in manchen Fällen von Angina pectoris in die Erscheinung treten. Bei Arteriosklerosen, chronischen Nephritiden, Herzhypertrophien mit erhöhter Pulsspannung gibt nicht die absolute Höhe des Blutdruckes, die über der Norm liegt, sondern wie stets das Sinken des Druckes die Indication. Hier gilt die alte Traube'sche Regel, Digitalis zu geben bei hohem, sinkendem Blutdruck. Ein sehr schwacher und frequenter Puls ist keine Contraindication gegen die Verordnung der Digitalis. Im Gegentheil, je kleiner und rascher der Puls bei bestehender Herzdilatation, desto dringender ist die Indication für die Verabreichung des Mittels; es wird sich dabei nur darum handeln, ob das Herz bis zum Eintritt der Digitaliswirkung durch Excitantien über Wasser gehalten werden kann. Ebensowenig kann, insoferne eine deutliche Herzmuskelschwäche vorliegt, Pulsverlangsamung eine Contraindication bilden; umso weniger, wenn diese Verlangsamung nur eine scheinbare und auf frustrane Herzcontractionen zurückzuführen ist.

Die Digitalis bedingt eine Kräftigung des Herzmuskels und Zunahme der Intensität der Herzarbeit unter gleichzeitiger Verlangsamung der Herzaction. Die letztere ermöglicht eine bessere diastolische Füllung des linken Ventrikels und damit den Ausgleich der abnormen Füllungszustände der einzelnen Herzabschnitte, die Entlastung des kleinen Kreislaufes, des überfüllten und erweiterten linken Vorhofes und rechten Herzens. Der Druck im venösen System sinkt, der arterielle Blutdruck steigt. Darnach muss, abgesehen von dem vitalen und anatomischen Zustande des Herzmuskels, die auffallendste Wirkung der Digitalis bei den Mitralfehlern und gerade bei der Mitralstenose in Erscheinung treten. Gerade hier muss die Verlangsamung der Herzaction und erleichterte Füllung des linken Ventrikels während der länger dauernden Diastole von hervorragender Bedeutung sein. Bei den Klappenfehlern der Aorta und bei der Hypertrophie des linken Ventrikels, bei der Arteriosklerose, bei der interstitiellen Nephritis hat während einer verhältnissmässig langen Dauer der Affectionen ausschliesslich der linke Ventrikel die Compensation übernommen. Erst beim Auftreten der Insufficienz desselben kommt es secundär zu Stauungserscheinungen am rechten Ventrikel, welche kaum jemals den hohen Grad der

bei den Mitralfehlern üblichen erreichen. Die Digitalis kann hier also nur dann angezeigt sein, wenn eine Zunahme der Dilatation des linken Ventrikels eintritt, und wenn sich secundär Stauungserscheinungen am rechten Ventrikel einstellen. Bei complicirten Herzfehlern wird man desto eher auf die Wirkung der Digitalis rechnen dürfen, je grösser die Dilatation des rechten Ventrikels, je stärker die Cyanose und die venöse Stauung, je kleiner, unregelmässiger der Puls, also je mehr das Bild eines incompensirten Mitralfehlers vorliegt.

Bei Compensationsnachlass der secundären rechtsseitigen Herzhypertrophie infolge chronischer Lungenkrankheiten (Emphysem, Kyphoskoliose etc.) wird es im Wesentlichen darauf ankommen, welcher Theil der Pulsbeschleunigung und der Kurzathmigkeit auf die Erkrankung des Lungenparenchyms, welcher Theil auf eine Compensationsstörung des Herzens zu beziehen ist. Je älter die Individuen, umsomehr hat man mit einer gleichzeitigen Herzstörung zu rechnen.

Bei der acuten Ueberdehnung des gesunden oder arbeitshypertrophischen Herzmuskels kommt es zuweilen nach einmaliger plötzlicher Ueberanstrengung zu irreparablen Störungen, und diese Thatsache muss uns in unserer Ansicht bestärken, auch bei der Dilatation des vorher kranken Muskels die Ueberfüllung und Dehnung der betroffenen Herzabschnitte zu beeinflussen, sobald sie diagnosticirt sind, und bevor sie einen höheren Grad erreicht haben.

Bei der Myokarditis wird die Digitaliswirkung und vor Allem die Nachwirkung derselben im Wesentlichen abhängig sein von der Ex- und Intensität der entzündlichen Veränderungen.

Bei der fettigen Degeneration des Herzmuskels sind die praktischen Erfolge der Digitalisverabreichung nach den Erfahrungen, die am Münchener Bierherzen zu machen sind, keine sehr hervorragenden.

Das Bestehen einer acuten Endokarditis im Allgemeinen wird als Contraindication gegen die Verordnung der Digitalis angesehen.

Bei Chlorose ist nach den Erfahrungen Penzoldt's mit dem Eintritt der Digitaliswirkung die Besserung der chlorotischen Beschwerden eine sehr auffallende, und auch nachher macht die Heilung unter Eisengebrauch raschere Fortschritte.

(Schluss folgt.)

Bemerkungen über die Brauchbarkeit einer Combination von Trional und Paraldehyd als Schlafmittel. Von Dr. Eduard Müller. (Psychiatrische Klinik in Freiburg i. B.)

Nach Ropiteau soll die Verbindung von Trional mit Paraldehyd ein Hypnoticum geben, das vier- bis fünfmal so wirksam sei wie Trional und lange ohne Furcht vor Angewöhnung gegeben werden könnte. Die Versuche, welche Vf. anstellte, ergaben, dass die Behauptung Ropiteau's von der auffallenden Wirksamkeit der genannten Combination unrichtig ist. Zahlreiche Controlversuche zwischen combinirter und getrennter Darreichung von Trional und Paraldehyd bei demselben Individuum haben den Beweis geliefert, dass die pharmakodynamische Wirkung einer Verbindung beider Schlafmittel nur der Summe aus dem hypnotischen Effect jedes einzelnen entspricht und dass bei dieser Berechnung 1 g Trional etwa der dreifachen Dosis Paraldehyd gleichzusetzen ist. Leidlich befriedigt war Vf. nur bei Einführung zweier der von Ropiteau angegebenen Suppositorien (Trional 0·2, Paraldehyd 0·4, Ol. Cacao 1·0) in einem Falle von Dementia senilis, wo bei einer schwächlichen, auf Schlafmittel prompt reagirenden Person die innerliche Darreichung auf Widerstand stiess. Setzte man diesen Stuhlzäpfchen eine Opiumdosis zu, so wurde dadurch bei Einführung nach einem Reinigungsklystier gewöhnlich das lästige Auspressen derselben vermieden und der hypnotische Effect wurde verstärkt durch Trional 0·25, Paraldehyd 0·5, Extr. opii 0·05 in Hohlsuppositorien, damit zeitweise bei Schlaflosigkeit leichten Grades, hauptsächlich mit sexueller Erregung, zufriedenstellende Resultate erzielt. Vf. gibt das Paraldehyd in starkem, mit Candiszucker gehörig versüsstem Pfefferminzthee. Er stösst bei dieser Medication nur da auf Widerstand, wo überhaupt jede innerliche Darreichung einer Arznei misslingt. Nach den Erfahrungen der Klinik ist das Paraldehyd zur Zeit noch dasjenige Hypnoticum, welches dem Bedürfnisse des Irrenarztes nach einem prompt und verlässig wirkenden, ungefährlichen, auch zu längerer Darreichung in höheren Dosen geeigneten und dabei billigen Schlafmittel am meisten entspricht; man sieht sich bei seiner Anwendung allerdings oft gezwungen, die Maximaldosis zu überschreiten und manchmal auch dreistere Gaben anzuwenden, aber unter der Voraussetzung der völligen Reinheit des Präparates ohne die mindeste Gefahr, ja sogar ohne nachweisbare Alteration in objectiver und subjectiver Beziehung. — (Therap. Monatsh. Nr. 10, 1901.)

Therapeutische Erfahrungen mit Heroin. Von Dr. Ludwig Geiringer. (Medic. Abtheilung des k. k. Krankenhauses Wieden in Wien, Dr. Freiherr v. Pfungen.)

In der Behandlung der Krankheiten der Athmungsorgane benutzte Vf. als Versuchsmaterial die an Lungentuberculose erkrankten Patienten, u. zw. der verschiedensten Grade, ferner acute Bronchitiden, chronische Bronchitiden in Verbindung mit Lungenemphysem und dadurch bedingten Anfällen von Dyspnöe. Die Erfolge waren, was Stillung des Hustenreizes und besonders was Beseitigung der oft quälenden Athemnoth anbelangt, fast durchgehends sehr gute, in manchen Fällen, besonders im Vergleich zu Codeïn, ganz vorzügliche. Irgend welche ungünstige Nebenerscheinungen auf Herz, Magen oder Nervensystem konnte Vf. in keinem einzigen Falle constatiren, auch musste die Dosis bei vielwöchentlichem Gebrauche nicht verstärkt werden. Als Minimalgabe empfiehlt Vf. pro dosi 0·005 Heroin, da 0·003 häufig im Stiche lässt. Doch genügen dann in der Regel 3—4 Pulver pro die, um eine prompte Stillung des Hustens zu erzielen. Vf. zieht aus seinen Versuchen folgende Schlüsse: 1. Die Wirkung des Heroins zur Stillung des Hustenreizes und Beseitigung der Athemnoth ist, besonders im Vergleich zum Codeïn, eine sehr gute. 2. Ungünstige Nebenwirkungen scheint das Mittel nicht oder nur ausnahmsweise zu entfalten. 3. Eine Angewöhnung tritt nicht oder nur in unbedeutendem Masse ein, so dass die Dosis selbst bei wochenlangem Gebrauche nicht erhöht zu werden braucht. 4. Heroin ist in den meisten Fällen ein geeigneter Ersatz für Morphin und Codeïn, welchem gegenüber es viele Vortheile besitzt. — (Wien. med. Presse Nr. 43, 1901.)

Ueber den Einfluss der Nahrung auf den Verlauf der Epilepsie. Von Dr. Heinrich Schlöss.

Vf. hat in der Landes-Irrenanstalt in Ybbs Versuche angestellt, um den Einfluss einer bestimmten Nahrung auf den Verlauf der Epilepsie zu bestimmen. Er hatte nur ältere Fälle genuiner Epilepsie zur Verfügung. Während der Zeit der Versuche wurde der Verlauf der Krankheit durch keine Aenderung in der medicamentösen Therapie beeinflusst.

Die Ergebnisse der Versuche lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen: 1. Unter dem Einflusse ausschliesslicher Milch- und vegetabilischer Nahrung wird die Anzahl der Anfälle

bei genuiner Epilepsie ebensowenig vermindert, als sie unter dem Einflusse ausschliesslicher Fleischnahrung vermehrt wird. 2. Unter dem Einflusse kochsalzarmer Nahrung bei gleichzeitiger Verabreichung von Bromsalzen wird die Zahl der Anfälle reducirt, das psychische Verhalten jedoch nicht beeinflusst. Unter dem Einflusse dieser Nahrung sinkt das Körpergewicht und die Kranken werden schwach und hinfällig. 3. Fett- und säurereiche Kost hat keinen Einfluss auf die Anzahl der Anfälle. 4, Mässige Alkoholgaben (bis zu 1 l leichten Bieres im Tage) vermehren die Anzahl der epileptischen Anfälle nicht. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 46, 1901.)

Das Physostigmin gegen Erschlaffung des Darms. Von Prof. C. v. Noorden.

Von der Eigenschaft des Alkaloids der Calabarbohne, schon in kleinen Gaben die Muskeln des Darms vom Magen an bis zum Mastdarm in einen tetanischen Erregungszustand zu versetzen, der Blutleere, vermehrte Magen- und Darmperistaltik und Ausstossen des Darminhaltes zur Folge hat, machen heute fast nur die Thierärzte Gebrauch. Vf. hatte Gelegenheit, das Physostigmin am Menschen in mehreren Fällen von hochgradigem Meteorismus, darunter zwei Fällen von Abdominaltyphus, anzuwenden. Die Erfolge entsprachen dem, was der Versuch und was die Praxis am Thier bei allen Autoren übereinstimmend gelehrt haben. Bei einer so energisch wirkenden Substanz, wie das Physostigmin, ist grosse Vorsicht in der Dosirung geboten. Das amtliche Arzneibuch nennt als grösste Einzelgabe 0·001 und als grösste Tagesgabe 0·003. Je nach Befund wird man mit dem Viertel der Einzelgabe beginnen und vorsichtig steigen. Für den denkbaren Fall, dass einmal heftige Nebenwirkungen auftreten oder eine zufällige Vergiftung durch Verwechseln u. s. w. sich ereignen sollte, erinnere man sich der experimentell feststehenden Thatsache, dass die Haupterscheinungen der Physostigmin-Vergiftung vom Atropin vorzüglich niedergehalten werden. Fraser in Edinburg hat an Thieren gezeigt, dass es gelingt, durch Atropin selbst das 3·5fache der niedrigsten tödtlichen Gabe Physostigmin lebensrettend zu bekämpfen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42, 1901.)

Belladonna-Behandlung bei Darmsperre. Von Dr. E. Moritz.

Vf. berichtet über seine günstigen Erfahrungen, die er mit der Belladonna-Behandlung seit vielen Jahren bei ileusartigen Er-

krankungen, besonders aber bei Perityphlitis, gesammelt hat. Er gibt in solchen Fällen Extract. Belladonnae 0·015 g per os alle 4—6 Stunden. Nach 6—8—10 Gaben treten die ersten Intoxicationserscheinungen in Gestalt von Trockenheit im Rachen, Aufregung, bisweilen Delirien auf, und ganz kurz vor diesen gehen abundante Mengen von Darmgasen ab, und zwar ohne jede schmerzhafte Peristaltik und ohne Erbrechen. M. hat sich von diesen Thatsachen in Jahrzehnte langen Erfahrungen immer wieder von Neuem überzeugt. Von Atropin-Injection räth er, wegen ihrer acuten Intoxicationswirkung, Abstand zu nehmen. Daneben kommt die übliche Behandlung der Perityphlitis zur Geltung, wie Ruhe, Eisblase, Einschränkung der Diät, und gegen die Schmerzen eine Morphium-Injection. M. geht so weit, anzunehmen, dass, wenn in einem Falle die Belladonna-Behandlung ohne günstigen Effect bleibt, ein Kothabscess vorliegt oder die locale Peritonitis sich weiter ausdehnt, demnach die Operation nicht weiter aufzuschieben ist. Für dieselbe ist die Belladonna-Behandlung nach M. stets ohne jeden Schaden gewesen, während nach ihm die Opium-Behandlung die Darmparesen nur steigert und die vorliegende Gefahr nur verschleiert wird.

Die durch Peritonitis bedingte Darmsperre, die wir als paralytische ansehen, ist nach M. durch die Belladonna-Behandlung ziemlich sicher zu beseitigen, falls es sich nicht um Perforations-Peritonitis handelt.

Bei Darmocclusionen durch Volvulus, Achsendrehung der Flexur, Tumor ist für den Fall, dass nicht augenblickliche Operation nothwendig ist, die Belladonna-Behandlung in Verbindung mit Opium ebenfalls sehr werthvoll. Daneben sind wiederholt Klystiere, vor Allem aber Oelklysterie in Anwedung zu ziehen. Die Belladonna-Behandlung hat nach M. auch den grossen Vorzug, dass sie für alle Fälle von Darmsperre passt, und ist nach ihm mit grossem Vortheile stets zu verwenden, wenn sofortige Operation nicht indicirt ist. — (Petersb. med. Wochenschr.; Deutsche Aerzte-Zeit.)

Grundsätze der Diätbehandlung Magenkranker. Von Docent Dr. H. Strauss.

Für die specielle Diätetik der Magenkrankheiten muss eine Reihe von Gesichtspunkten massgebend sein, die zwar in den einzelnen Fällen verschieden sind, aber doch stets die gleichen Hauptfragen zu berücksichtigen haben. Diese sind: 1. das motorische Verhalten des Magens; 2. das secretorische

Verhalten des Magens; 3. der anatomische Zustand der Magenhäute; 4. psychisch wirksame Momente.

Anomalien der Motilität. Die Diätbehandlung der motorischen Insufficienz des Magens nimmt unbeschadet der Bedeutung, welche die Magenausspülung in der internen Behandlung der motorischen Insufficienz des Magens besitzt, eine ganz hervorragende Stelle im Heilplane des Leidens ein und hat ausser der Frage der Nahrungsmenge vor Allem ins Auge zu fassen: 1. die Zusammensetzung der Nahrung, 2. ihr physikalisches Verhalten und ihre Zubereitung, 3. die Vertheilung der Mahlzeiten. Vf. empfiehlt vorübergehend eine reine Eiweissfettdiät und für die Dauerbehandlung eine Bevorzugung der Milchfette an Stelle der Kohlehydrate, u. zw. ganz besonders in den Fällen, in welchen eine Hypersecretion die Krankheit complicirt. Die Frage des Flüssigkeitsgehalts der Nahrung lässt sich bei der motorischen Insufficienz nicht generell präcisiren, sondern hängt von verschiedenen Momenten ab. Eine unnöthige Belastung des Magens mit Flüssigkeit ist um jeden Preis zu vermeiden, eine zu starke Reduction der Flüssigkeitszufuhr ist jedoch nicht nur unphysiologisch, sondern erreicht gleichzeitig auch den beabsichtigten Zweck gar nicht. Vfs. Untersuchungen haben nämlich gezeigt, dass der Mageninhalt sich auf einen bestimmten osmotischen Druck einstellt, der unterhalb von demjenigen des Blutes liegt. Die moleculäre Concentration des Mageninhalts schwankt in der Regel zwischen — 0·34° und — 0·48° und es wird der Magen in den Fällen, in welchen die Nahrung einen zur Erzielung dieses Verdünnungsgrades nicht ausreichenden Flüssigkeitsgehalt besitzt, aus dem Blute auf dem Wege der Verdünnungssecretion das nöthige Quantum von Flüssigkeit in das Magencavum abscheiden. Die jedem Magen innewohnende Tendenz zur Herstellung einer moleculären Concentration in der angegebenen Breite stellt also eine Grenze dar, an welcher die Trockendiät Halt machen muss. In der Behandlung der motorischen Insufficienz ist bei dem normal secernirenden Magen die Zufuhr auch von fester Nahrung zulässig weil hier die Ueberführung einer grobconsistenten Nahrung in einen feinen Speisebrei in der Regel gut erfolgen kann. In denjenigen Fällen aber, in welchen eine schwere Subacidität vorliegt, soll die Nahrung schon von vornherein fein vertheilt, womöglich breiig oder flüssig sein. Stark gesalzene Speisen und

alkoholreiche Getränke sind wegen der hohen moleculären Concentration stets möglichst zu meiden. Den zur Erzielung einer ausreichenden Wasserversorgung nothwendigen Flüssigkeitsrest pflegt man in den Fällen von motorischer Insufficienz per rectum zuzuführen; 2—3mal täglich 300 cm^3 Flüssigkeit per rectum, in ihr stets mässige Mengen von Zucker, Kochsalz und etwas Alkohol gelöst, in Form eines Nährklysma (250 cm^3 Bouillon, 20 g Alkohol, ca. 40 g Traubenzucker, 2—3 Esslöffel Mucil. Gum. arab. und 1 Messerspitze NaCl.). Wenn ein säuerlicher Geruch der Dejecte einen hohen Grad von bacterieller Zuckerzersetzung verräth, Zusatz kleiner Mengen von Menthol oder Thymol. In schweren Fällen kann die Behandlung mit einer absoluten Inactivirung des Magens und einer ausschliesslichen Rectalernährung eingeleitet werden.

Bezüglich der Form des per os zuzuführenden Fettes ist zu betonen, dass Speck und fettes Fleisch, speciell auch Gänsebraten, Entenbraten, Hammelfleisch u. s. w. schlechter vertragen werden als das emulgirte Milchfett, die Butter und Oel, letztere in der Mischung Ol. Olivar. und Ol. amygdal. dulc. āā.

Voluminöse Mahlzeiten sind zu vermeiden und durch häufige und kleine Mahlzeiten zu ersetzen. Die Frage eines chirurgischen Eingriffes scheint principiell dann gegeben, wenn bei schwerer Motilitätsstörung trotz 4—8wöchentlicher Behandlung weder eine Steigerung der Urinmenge noch eine Zunahme des Körpergewichtes zu erzielen ist.

Anomalien der Secretion. a) Subacidität. Bei den verschiedenen Formen der Subacidität erleidet die proteolytische Function des Magens eine Einbusse. Man muss demnach sowohl vom eiweisshaltigen, als vom kohlehydrathaltigen Antheil der Nahrung möglichst viel in flüssiger oder pulverförmiger oder sonstwie jedenfalls in mechanisch fein vertheilter Form darbieten. Die Amylaceen am besten in Breiform, oder in Form eines knusperigen, beim Kauen leicht in kleinste Partikel zerfallenden Materials, z. B. in Form von Cakes, Zwieback, Röstbrot u. s. w. Für die Darreichung der Fette gibt die Subacidität als solche keine specielle Indication oder Contraindication ab, doch werden auch hier die leicht schmelzbaren und womöglich emulgirten Fettarten den im Bindegewebe eingeschlossenen oder schwer schmelzbaren Fettsorten vorzuziehen sein. Die Mischung der einzelnen Nahrungsstoffe erfordert an sich keine Aende-

rung, doch kann man manchmal gezwungen sein, wegen der bei Subacidität häufigen Abneigung gegen Eiweissnahrung, die Eiweissration etwas herabzusetzen. Die bei Hypopepsie oder Apepsie zuweilen auftretenden Diarrhöen werden häufig auch durch die Verabreichung einer feinvertheilten Nahrung günstig beeinflusst. Die Motilität soll bei Subacidität nach Kräften geschont werden. Es empfiehlt sich, kleine und dafür häufigere (mindestens fünf) Mahlzeiten zu verabreichen. Die Untersuchungen von Pawlow und seinen Nachfolgern lassen es geboten erscheinen, in der Diät solcher Fälle von Subacidität, bei welchen das Secretionsvermögen nicht ganz verloren gegangen ist, fleischextractreiche Suppen und Saucen ausgiebig zu verwenden. Auch die verschiedenen Gewürze sind in demselben Grade und innerhalb derselben Grenzen für die noch einer Secretion fähigen Fälle von Subacidität zu empfehlen. Die Patienten sollen langsam essen und gründlich kauen. Die Lösung rohen Bindegewebes erfolgt im secretorisch insufficienten Magen nur mangelhaft. In Fällen von hochgradiger Subacidität kann man bei Verabreichung von rohem Schabefleisch zuweilen grosse Bindegewebsfetzen im Stuhle vorfinden, die in manchen Fällen eine Reizwirkung auf den Darm ausüben. Aus diesem Grunde soll man bei Fällen von Subacidität nur gut überbratenes oder gut gekochtes Fleisch verabfolgen. In denjenigen Fällen, in welchen man eine gute Zerkleinerung des Eiweissmaterials der Nahrung nicht auf den beschriebenen Wegen oder dadurch erreichen kann, dass man Eier in feinvertheilter Form verabfolgt, kann man noch zur Ergänzung des Eiweissgehaltes der Nahrung künstliche Nährpräparate heranziehen: Plasmon, Tropon, Aleuronat, Roborat, Puro, Hygiama und Alcarnose. In Fällen, in welchen die Caseïnpräparate und das Tropon an sich nicht gern genommen werden, werden oft Mischungen derselben mit Cacao, Chocolade etc. vorgezogen, in anderen Fällen empfiehlt es sich, die Präparate in Gemüse, z. B. in Kartoffelbrei, Spinat etc., einzurühren. Mit Rücksicht darauf, dass die Mehrzahl der Patienten, welche an Subacidität leiden, gleichzeitig auch eine Verminderung des Appetits aufweisen, ist auf eine pikante, appetitanregende Zubereitung der Nahrung und eine adrette Zurichtung der fertigen Speisen eine ganz besondere Sorgfalt zu verwenden. Auch die Verabreichung geringer Mengen von Alkohol scheint in solchen Fällen keine Contraindication zu besitzen. (Schluss folgt.)

Physikalische Therapie.

Ueber die Wirkung der Heissluftbäder und der elektrischen Lichtbäder. Von H. Salomon. (Med. Abth. des städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.: Prof. Noorden.)

Die Stoffwechselvorgänge im menschlichen Organismus lassen sich am besten durch physikalische Massnahmen beeinflussen. Arbeiten in dieser Richtung beschäftigten sich mit der Erforschung des Stickstoffumsatzes im Heisswasser- und im Dampfbade. Winternitz hat bei seinen Versuchen (Klin. Jahrb. 1889, Bd. 7) als Massstab für den Stoffumsatz den Sauerstoffverbrauch benützt und gefunden, dass Bäder von 39—41° C. in der Dauer von 23—45 Minuten eine erhebliche Steigerung des O-Bedürfnisses und der CO_2-Bildung bewirken. Unter 7 Versuchen betrug dieselbe bloss einmal 39%, sonst zwischen 64 und 110% des gewöhnlichen Verbrauches und belief sich auch nach Abzug des auf die vermehrte Athmungsarbeit entfallenden Antheiles noch auf 30—75%. Noch nach 48—75 Minuten nach dem Bade konnte man eine Steigerung der Verbrennungsprocesse wahrnehmen, in maximo 28% nach 75 Minuten. Mangels weiterer exacter Angaben über die Wirkung unserer physikalischen Heilmittel auf den Stoffwechsel wurde bei zwei Personen, die zu therapeutischen Zwecken Licht- und Schwitzbäder erhielten, die Grösse des Gaswechsels während derselben bestimmt. Versuchspersonen waren die 22jährige L. (Anämie, Oedeme pedum) und die 27jährige F. (Nephrit. chronica). Beide waren durch häufige, zu anderen Zwecken vorgenommene Gaswechselbestimmungen an die Versuchstechnik gewöhnt. Letztere war die des Zuntz—Geppert'schen Respirationsapparates. Zur Application des Schwitzbades wurde sowohl das Quinke'sche Schwitzbett, als auch das Schwitzbad, System Phönix, benützt. Die Zeitdauer, während welcher die Athmungsluft behufs Analyse abgesaugt wurde, wurde relativ kurz gewählt, um trotz intensiven Schwitzens und trotz der Behinderung der Controle die Garantie völliger Muskelruhe zu haben. Es fand in allen Versuchen eine Steigerung des O-Verbrauches und der CO_2-Abgabe statt, schwankend von 3·7—36·7%. Der Durchschnitt aus allen sieben Versuchen betrug 16·8%. Die Harnmenge nahm nur wenig zu. Der respiratorische Quotient sank in allen Versuchen etwas ab, was zum Theile auf der Mehrausscheidung der CO_2 durch die Haut be-

ruhen mag, da das Wasser des Schweisses sich mit CO_2 beladet. Die Körpertemperatur, im Rectum gemessen, stieg um $^1/_2$—$1^1/_2$%, meist auf 38—39° an; in einem länger dauernden Versuch um 2·3° C. (auf 39·5°). — Die Pulsfrequenz stieg meist auf 112—120. Der Gewichtsverlust wurde nur in einem Falle bestimmt und betrug 2·200 kg; er beträgt sonst im Schwitzbade gewöhnlicher Dauer 600—1000 g.

Die Lichtbadversuche wurden zumeist mit dem von der Elektricitätsgesellschaft „Sanitas“ in Berlin gelieferten transportablen elektrischen Lichtbade vorgenommen. Ein auf die Haut aufgelegtes Thermometer stieg während einstündiger Benützung auf 66° C. Die Zunahme des O-Verbrauches schwankt in diesen Versuchen von 12—47·7% und beträgt im Mittel 27·5%. Auffällig ist aber, dass das Athemvolumen sehr viel erheblicher anwächst, als unter dem Einflusse der Heissluftbäder. Die Athemfrequenz verhielt sich ähnlich wie bei den Schwitzbädern. Die Körpertemperatur stieg um 1—2·7%; das Maximum war 39·8° C. rectal und war bei zweistündiger Application erreicht. Die Pulsfrequenz stieg auf 120—132; der Gewichtsverlust schwankte von 400—1900 g.

Von der Wirkung des transportablen elektrischen Lichtbades weicht diejenige der Lichtkastenbäder in manchen Punkten etwas ab. Die grössere Geräumigkeit dieser bedingt eine grössere Entfernung der Glühlampen von der Haut als bei den transportablen Lichtbädern.

Ferner ermöglicht die Spiegelglasauskleidung eine gleichmässigere Vertheilung von Licht- und Wärmestrahlen im Raume, so dass die unangenehme Reizwirkung der Strahlung selbst bei nacktem Körper wegfällt und die Wärme der ganzen Körperoberfläche von allen Seiten gleichmässig zugeführt wird. Endlich ist der Abschluss ein luftdichter, so dass schon nach 5—10 Minuten Schweissabsonderung eintritt, bei einer Innentemperatur von 38—40° C. Länger als 30—35 Minuten wird ein derartiges Lichtbad nicht ertragen.

Ueberblickt man nun die Wirkung des Heissluft- und elektrischen Lichtbades auf den Gaswechsel, so fällt auf, wie verhältnissmässig gering dieser Einfluss ist gegenüber dem auf Körpertemperatur, Körpergewicht und Allgemeinbefinden. Die Vermehrung des O-Verbrauches geht selten über die von Kraus beim Fieber ermittelten Steigerungen hinaus, welche die obere

Grenze von 20% nicht überschreiten. Jedenfalls reichen die Oxydationssteigerungen im Heissluft- und Lichtbade nicht entfernt heran an die von Winternitz im heissen Bade gefundenen, welche nach Abzug des auf die Athemgrösse entfallenden Antheiles noch 30—75% betragen.

In der Praxis erscheinen die elektrischen Lichtbäder als reinliche, rasch wirkende Schwitzbäder; eine specifische Wirkung auf den Stoffwechsel ist nicht nachweisbar. Der mit ihrer Einführung gemachte Fortschritt ist ein rein technischer, kein principieller. Zweifellos wird im Schwitz- und Lichtbade ein Plus an Wärme nicht bloss zugeführt, sondern auch gebildet, es genügt aber bei dem Mangel einer Nachwirkung jener Proceduren eine Steigerung des Stoffwechsels nicht, um von ihr den Erfolg zu erhoffen, wie er für manche Constitutionsanomalien, z. B. die Fettsucht, von den verschiedensten Seiten behauptet wird. — (Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie, Bd. 5, H. 3, 1901/1902.) B.

Zur hydriatischen Behandlung der Lungenentzündung. Von L. Brieger.

Vf. wendet bei Kindern prolongirte — bis 10 Minuten dauernde — heisse Bäder von 37°—38° C. mit nachfolgender Trockenpackung, selbst bei schwächlichen Kindern, an. Wegen Bedenklichkeit dieser Proceduren bei Greisen und Fettleibigen zieht B. bei diesen Patienten die Brustpackungen vor, mit in stubenkaltem Wasser getauchten, gut ausgewundenen Laken, die trocken bedeckt werden. Bei hohem Fieber wechselt er die Packung so lange, bis die Körperwärme auf 39° gesunken ist. Dann bleibt die Einpackung so lange liegen, bis Schweissausbruch erfolgt. Es empfiehlt sich dabei warme Getränke, Potatoren mässige Alkoholgaben zu verabreichen. Den Schweissausbruch lässt man so lange dauern, als die Pulsverhältnisse es gestatten, dann folgt eine kurze, kalte Waschung. Diese Methode hat sich besonders gut bei Influenzapneumonien bewährt. B. konnte bei mehreren Diabetikern mit Influenzapneumonie einzig durch diese Theilpackungen das drohende Verhängniss abwenden. Bei einem 36 jährigen, corpulenten Potator wich die Infiltration den genannten Proceduren, trotzdem starke Cyanose und der aussetzende unregelmässige Puls die Prognose ungünstig erscheinen liessen. B. glaubt auf diese Weise der Natur zu folgen, die durch den kritischen Schweiss-

ausbruch, mit der nachfolgenden Euphorie und dem raschen Abklingen des Processes uns den Weg zeigt, wie wir den Kranken zu Hilfe kommen können. Am meisten trägt wohl dieser kritische Schweissausbruch zur Entlastung der blutüberfüllten Organe bei. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 23, 1901.) B.

Ueber die Veränderungen der Zusammensetzung des Blutes durch vasomotorische Beeinflussungen, insbesondere durch Einwirkung von Kälte auf den ganzen Körper. Von Ernst Becker.

Die Methode B.'s bestand ausschliesslich in Zählung der rothen und weissen Blutkörperchen (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 70, H. 1 u. 2, 1901), um ihr Verhältniss zu einander zu untersuchen. Er fand: Die Zahl der rothen und weissen Blutkörperchen ist unter normalen Verhältnissen in Capillaren und den zugehörigen Venen gleich. Nach Einwirkung von Kälte auf die ganze Körperoberfläche tritt fast durchwegs eine Vermehrung der rothen und weissen Blutkörperchen ein, wobei jedoch die Zunahme der weissen eine grössere ist, als die der rothen. In den Venen trat eine Vermehrung der rothen, aber eine Verminderung der weissen Blutkörperchen ein. Diese Veränderungen des Blutes waren im Verlaufe einer Stunde fast immer ausgeglichen; oft trat sogar eine Abnahme der Zahl der Blutkörper gegenüber der vor der Kälteapplication ein. Es tritt also nach Kälteeinwirkung auf die ganze Oberfläche eine mässige Vermehrung der rothen Körperchen, eine stärkere Vermehrung der Leukocyten in den Hautcapillaren ein.

Vf. erklärt diese Veränderungen als vasomotorische Beeinflussungen u. zw. vornehmlich durch Wasserabgabe aus dem Blute, zum geringen Theil durch Stauung der Blutkörper in den Capillaren. Die Vermehrung der Leukocyten findet zum grössten Theil durch Randschichtenbildung infolge Kältewirkung statt. In pathologischen Zuständen können die Veränderungen der Blutzusammensetzung durch Aufhebung von Stasen in beschränktem Masse miterklärt werden. — (Wien. med. Presse Nr. 27, 1901.)

B.

Chirurgie.

Ueber Recidive nach Operationen an den Gallenwegen. Von Dr. Heinrich Mohr.

Das Thema, ob und wie oft nach Gallensteinoperationen Recidive auftreten, hat in der letzten Zeit mehrmals die Internisten und Chirurgen beschäftigt und es wurden sogar Stimmen laut, man möge, da die Operation ohnedies die Beschwerden nicht behebe, die Indication zur Operation bedeutend einschränken. Obwohl die Möglichkeit einer Recidive zugegeben werden muss, sei es durch Neubildung von Steinen, sei es durch Zurücklassen von Steinen in den Gallenwegen, oder durch neue Entzündung der Gallenblase, oder schliesslich infolge der vor der Operation bestandenen oder nach der Operation entstandenen Verwachsungen, führt Vf. den Nachweis, dass der Percentsatz von Recidiven, d. i. Wiederauftreten stärkerer Beschwerden nach der Operation in praxi ein geringer ist. Fälle, in welchen der alte Zustand in gleicher Stärke wieder auftritt, sind entschieden selten. Leichtere Beschwerden bleiben allerdings in einer Anzahl von Fällen zurück, oder kehren wieder. Die Enderfolge sind trotzdem nach den Erfahrungen der meisten Operateure so gute, dass die Operirten die meist nur geringen Unannehmlichkeiten der restirenden Adhäsions- und Entzündungskoliken gern in den Kauf nehmen, zumal da sämmtliche Beschwerden nach der Operation fast immer vorübergehender Natur sind. Der Allgemeinzustand ist nach der Operation selbst bei Zurückbleiben leichter Beschwerden ein bedeutend besserer als vorher.

Um die Zahl der Recidiven nach Möglichkeit zu beschränken, ist es vor Allem nothwendig, frühzeitig zu operiren, bevor die Gallenwege irreparable Störungen aufweisen und bevor die technischen Schwierigkeiten infolge von Complicationen so gewachsen sind, dass das Zurücklassen von Steinen in den Gallenwegen leicht möglich ist. Um die neuerliche Steinbildung, welche nach den neueren Untersuchungen nur in der Gallenblase stattfindet, zu verhüten, ist es angezeigt, in jedem chronischen Falle von Gallensteinen die Cholecystektomie zu machen, gleichzeitig wird damit auch der späteren Entwicklung von Carcinom am Boden der Schleimhautulcerationen in der Gallenblase vorgebeugt. Verbindet man die Cholecystektomie mit der von Kehr angegebenen Spaltung und Drainage des Hepaticus, so wird den Entzündungen der

Gallenwege und daher der Entstehung eines Recidives noch intensiver entgegen gearbeitet.

Nächst den Aenderungen der Technik ist die Nachbehandlung von grosser Bedeutung bezüglich der Recidive. Die constitutionellen Ursachen der Steinbildung müssen durch Regelung der Diät, Lebensweise u. s. w. ergänzend bekämpft werden. Nachdem die Operation durch Entfernung der Steine und sonstigen Hindernisse den Gallenzufluss wieder hergestellt hat, wird eine Karlsbader Cur auf die noch zurückbleibenden Veränderungen eher einwirken können, als bei nicht operirten chronischen Formen, bei welchen die Cur meist nur eine Latenz des Leidens hervorbringt. Durch die Karlsbader Cur werden die Circulationsverhältnisse im Leber- und Pfortadersystem gebessert, Magen- und Darmkatarrhe werden behoben, kurz alle durch die Operation nicht direct zu beeinflussenden Veränderungen, welche zu späteren Beschwerden führen, werden günstig beeinflusst. Insbesondere kommt hier die Wirkung auf die nach Entfernung der Steine restirenden entzündlichen Adhäsionen in Betracht. Die Regelung der Peristaltik, die Abnahme der Entzündung nach der Karlsbader Cur, wirkt hier schmerzlindernd, und die Beschwerden von Seiten der Adhäsionen werden dann meist sehr gemildert oder ganz aufgehoben. — (Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 309.)

Beitrag zur Frage über den Werth des Tetanusantitoxins. Von Dr. B. Möllers.

Die Ansichten über die Wirksamkeit des Tetanusantitoxins sind keine einheitlichen; während es an Mittheilungen nicht fehlt, die den hohen Werth dieser Therapie beweisen sollen, mehren sich in der letzten Zeit die Arbeiten, in denen das Gegentheil behauptet wird.

Behring hat sich seinerzeit noch eine Wirkung von der Antitoxineinspritzung versprochen, wenn dieselbe nicht später als 30 Stunden nach Erkennung der ersten Symptome erfolgt ist und die auf einmal subcutan gegebene Antitoxindosis nicht weniger als 100 Antitoxineinheiten betragen hat. Umso wichtiger erscheint es nun, wenn Vf. 4 Fälle von Tetanus mittheilt, bei welchen diese zwei Voraussetzungen eintrafen, aber dennoch trotz der mehrmals wiederholten grösseren Dosis der Exitus erfolgte. In drei Fällen begannen die ersten Erscheinungen 7—8 Tage, in einem Falle am zweiten Tag nach der Verletzung; die injicirten Antitoxinmengen bewegten sich zwischen 250—750 Antitoxineinheiten;

im Anschlusse an die Injection trat in zwei Fällen Verschlechterung des Allgemeinbefindens und der Krämpfe ein, welche Vf. jedoch nicht dem Antitoxin zuschreibt. Trotz der schlechten Resultate hält es Vf. für angezeigt, die Antitoxininjectionen noch weiter zu versuchen, um das im Körper sich neu bildende Gift wenigstens zu neutralisiren, ganz besonders angezeigt ist aber die prophylaktische Injection von Tetanusantitoxin in allen Fällen von verunreinigten Wunden, die in Behandlung kommen, ein Verfahren, das an verschiedenen chirurgischen Kliniken mit gutem Erfolge angewendet wird. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47, 1901.)

Das Vorziehen der Sehnen vor ihrer Abtragung, eine gelegentliche Ursache der Sehnenscheidenphlegmone bei Fingeramputationen wegen Verletzung. Von Dr. Karl Lauenstien.

Vf. hat oft gesehen, dass eine unvorhergesehene Infection der Sehnenscheiden entfernt vom Orte der Verletzung dadurch zustande gekommen war, dass bei der Versorgung der verletzten Finger die Sehnen vor ihrer Abtragung mehr oder weniger stark vorgezogen worden waren. Die abgeschnittenen Stümpfe hatten sich weit — bis zu 5 cm — in ihre Scheiden zurückgezogen. Trotz Offenlassens der Wunden tritt in solchen Fällen Fieber auf, es gesellen sich ganz allmälig Schwellung und Schmerzen hinzu und als Ursache findet man nach einigen Tagen die Eiterung der Sehnenscheide, veranlasst durch den Sehnenstumpf, der, beim Vorziehen inficirt, nach dem Abtragen sich zurückgezogen und so die Sehnenscheide inficirt hat. Vf. weist darauf hin, dass dieses Vorziehen unnöthig ist und wegen der Infectionsgefahr daher zu verwerfen ist. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 41, 1901.)

Ueber Entgiftung des Cocaïns im Thierkörper. Von Dr. Kohlhardt.

Vf. hat die seinerzeit von Chylarz und Donath mit Strychnin ausgeführten Versuche, deren Resultate nicht unbestritten blieben, wiederholt. Die obgenannten Vf. fanden nämlich, dass das Strychnin in eine abgeschnürte Extremität eines Thieres injicirt, nach einiger Zeit so weit entgiftet werde, dass nach Lösung des Schlauches die Thiere am Leben bleiben, obwohl ihnen eine die tödtliche Dosis bei weitem überschreitende Menge des Giftes injicirt wurde.

Vf. hat statt Strychnin Cocaïnlösungen genommen und fand, dass, je länger das Cocaïn in der abgeschnürten Extremität bleibt,

die Vergiftungserscheinungen geringer werden und dass bei gehöriger Abschnürung und Lösung des Schlauches erst nach $^3/_4$ bis 1 Stunde das Cocaïn keine Störungen mehr verursacht, während die Controlthiere unter Erscheinungen von Cocaïnvergiftung eingehen. Vf. ist zwar nicht im Stande, eine genügende Erklärung für diese Erscheinung zu geben, bestätigt aber für Cocaïn vollauf die Resultate der obgenannten Verfasser.

Die praktische Consequenz, die man bei chirurgischen Operationen aus diesen Versuchen zu ziehen berechtigt ist, ist die, dass man bei sorgfältiger Abschnürung der Extremität mit der Dosirung des Cocaïns beim Menschen nicht besonders ängstlich zu sein braucht, wenn man den Constructionsschlauch 45—60 Minuten lang liegen lässt und den Körpersäften genügende Zeit zur Entgiftung des Cocaïns lässt. — (Arch. f. klin. Chir. Bd. 64, H. 4.)

Zur Behandlung des Milzbrandes mit intravenösen Injectionen von löslichem Silber. Von Dr. Fischer.

Ueber die Behandlung septischer Erkrankung, die durch Strepto- und Staphylokokken hervorgerufen ist, mit Argentum colloidale sind bereits viele Arbeiten veröffentlicht worden. Die gewöhnliche Anwendungsweise war die der Einreibung mit Silbersalbe (Unguentum Credé); in neuerer Zeit wird die intravenöse Injection in solchen Fällen angewendet, die sich zur Schmiercur nicht eignen, oder bei welchen die Schmiercur nicht energisch genug wirken würde.

Vf. berichtet nun über einen Fall von mittelschwerem Milzbrande des Gesichtes, bei welchem die intravenöse Injection offenbar von sehr günstigem Einflusse war. Ein 35jähriger Patient wurde circa 14 Tage nach der Infection (von einem milzbrandkranken Thiere) mit einer prallen Schwellung der rechten Wange, die bis zum Halse hinunter reichte und in deren Mitte eine $1^1/_2$ cm schwarzgraue Blase sich befand, aufgenommen. Die Tags zuvor vorgenommene, mikroskopische Untersuchung stellte die Diagnose, Milzbrand, fest. Patient hatte seit 2 Tagen mehrere Schüttelfröste und war leicht benommen. In diesem Zustande wurde eine Injection von 5 cm³ einer 1% igen Lösung von Argentum colloidale in die rechte Vena cephalica vorgenommen. Um die Wirkung des Argentum colloidale einwandfrei beobachten zu können, wurde von jeder eingreifenden localen Therapie Abstand genommen und die inficirte Wange mit Borsalbe bedeckt.

Im Anschlusse an die Injection trat eine deutliche Besserung des subjectiven Befindens ein, obwohl die Infiltration am Gesichte und am Halse sich noch weiter ausbreitete. Die Schüttelfröste hörten auf. Da sich aber am nächsten Tage das subjective Befinden ein wenig verschlechterte, wurde eine zweite Injection der gleichen Menge und Tags darauf, bei bereits gutem Allgemeinbefinden, eine dritte Injection vorgenommen. Bereits im Anschlusse an die zweite Injection trat eine Rückbildung des Infiltrates ein, das Fieber sank rasch ab und der Schorf stiess sich bald ab; Patient wurde in kurzer Zeit geheilt entlassen. Die Injection hatte gar keinen Nachtheil; es wurde auch im Anschlusse an dieselbe kein Schüttelfrost beobachtet. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 47, 1901.)

Augenheilkunde.

Ueber Frühbehandlung des Schielens bei jungen Kindern. Von Priestley-Smith.

Vf. hat die Uebersicht über ein Material von 576 Fällen. In 60 % derselben begann das Schielen vor dem 4. Lebensjahr, das 3. Lebensjahr lieferte die grösste Anzahl, nach dem 6. Lebensjahr ist Schielbeginn schon selten. Die meisten Fälle kommen durch längere Zeit nach Beginn des Schielens nicht in Behandlung, was umso beklagenswerther ist, als die Fixirfähigkeit, das Fusionsvermögen leiden, ja ganz verloren gehen können.

Die Behandlungsmittel sind: 1. Erleichterung oder Aufhebung der Accommodationsanstrengung durch Tragen von Gläsern, Instillation von Atropin. P. S. hat auch schon einem 16 monatlichen Kinde Brillen verordnet. Von 51 Kindern wurden 12 bloss durch Tragen von Gläsern geheilt. 2. Uebung beider Augen, aber insbesondere des Schielauges durch Anwendung eines Verbandes.

P. S. gehört, wie so manche Andere, zu den Anhängern der Frühoperation, da bei Spätoperationen nie das binoculare Sehvermögen vollkommen wieder hergestellt wird. Wird z. B. bei einem länger dauernden, continuirlichen Schielen und einem noch, wenn auch herabgesetzten Fixationsvermögen des Schielauges durch die friedlichen Proceduren (andauerndes Tragen von Gläsern und Verband) wohl eine Verkleinerung des Schielwinkels und Besserung der Fixation erzielt, bleibt aber jetzt der Zustand sta-

tionär, so zieht P. S. die Operation selbst am zweijährigen Kinde der Verschiebung um Jahre vor, weil er auf die Fusion nicht verzichten will. Die Rücklagerung soll keine zu ausgiebige sein, weshalb er die directe Methode der subconjunctivalen bei der Operationswahl vorzieht. Tritt auch Divergenz nach der Operation ein, so corrigirt er lieber später noch einmal, bevor er das binoculare Sehen einbüssen lässt. — (Wien. med. Presse Nr. 33, 1901.)

Königstein.

Zur chirurgischen Behandlung der Verengerungen des Thränennasencanals. Von Prof. Passow.

Vf. ist gegen die Sondenbehandlung in gewissen Fällen, aber auch gegen die jetzt so häufig geübte Exstirpation des Thränensackes; er empfiehlt bei Stricturen eine Spaltung des Thränennasencanals von der Nase aus. Die Vortheile bestehen darin, dass die Strictur in der That beseitigt wird und dass keine verunstaltende Narbe aus der Operation resultirt.

Die Operation wird ein- oder zweiseitig, unter Cocaïnanästhesie oder in Chloroformnarkose vorgenommen. Zuerst wird die untere Muschel mit der Cooper'schen Scheere abgetragen, dann der Thränennasencanal durch Abmeisseln der Cristae turbinalis des Oberkiefers und Spaltung des häutigen Canals der Ductus nasolacrymalis freigelegt. Als Orientirung dient die eingeführte Bowman'sche Sonde und das Nasenspeculum, welches von einem Assistenten ruhig gehalten werden muss.

Vf. hat drei Fälle operirt, einen doppelseitig, die Strictur wurde in allen drei Fällen beseitigt, bei einem Fall ohne Recidiv nach einjähriger Beobachtung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 36, 1901.) Königstein.

Ueber orbitale Heteroplastik durch Ueberpflanzung eines Kaninchenauges in die Tenon'sche Kapsel. Von Dr. Felix Lagrange.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass die Prothesen nach der Enucleation sehr oft einen ungünstigen kosmetischen Erfolg geben, der hauptsächlich dadurch verursacht wird, dass die Beweglichkeit eine schlechte ist. Man hat an Abhilfe gedacht und auch in der That verschiedene Methoden gesucht, einen künstlichen Stumpf an die Stelle des Auges zu setzen und hat Glaskugeln (Mules) oder auch Schwämme implantirt, manchmal mit Erfolg, aber nicht selten treten heftige entzündliche Erscheinungen auf, durch welche die implantirten Körper ausgestossen werden. L. hat nun den Gedanken von Chibret, ein Kaninchenauge zu implan-

tiren, aufgenommen, u. zw. mit Aussicht auf besseren Erfolg, weil die Cornea, die in Chibret's und meinen Versuchen frei blieb, hier von der Conjunctiva gedeckt wurde.

L. hat diese Operation 11mal vorgenommen und nur einen Fehlerfolg erhalten und dieser erklärt sich ihm durch das zu grosse Volum des überpflanzten Auges und durch das zu hohe Alter des Kaninchens, dem das Auge entnommen wurde. Er geht folgendermassen vor: Bei der Enucleation werden durch die Musculi recti Fäden gezogen, nach derselben sorgfältige Blutstillung. Wahl eines kleinen oder mittelgrossen Kaninchenauges, dieses in die Capsula Tenoni einbringen, mit den Muskeln vernähen und dann erst die Conjunctiva über dasselbe durch ungefähr vier Nähte verschliessen. — (Annal. oculist. März-November 1901.)

Königstein.

Subconjunctivale Hetolinjectionen. Von Prof. Dr. Pflüger.

Die subconjunctivalen Injectionen werden jetzt wohl von den meisten Augenärzten gemacht, seitdem man statt des Sublimats Chlornatrium injicirt. P. wendet dieses, sowie Jodnatrium an in 1. Fällen von chronischer, centraler und peripherer Chorioideitis, besonders in den Fällen von progressiver Myopie, complicirt mit Chorioideitis des hinteren Pols, 2. in den Fällen von Glaskörpertrübungen. P. combinirt diese Injectionen mit Punction der Vorderkammer, wodurch der Effect bedeutend erhöht wird. Die subconjunctivalen Injectionen von Chlornatrium in 4 % bis 10 % iger Concentration verursachen nach P. sehr heftige Schmerzen (?) und sind hauptsächlich angezeigt bei Netzhautablösungen, in welchen Fällen man die gewöhnliche Behandlung anschliesst. P. suchte nun für das Chlornatrium eine andere lymphagogene Substanz und wurde durch die Mittheilungen Landerer's auf das Hetol (Zimmtsäurelösung) aufmerksam. Die Krankheiten, gegen welche bis jetzt das Hetol von P. angewendet wurde, sind: a) Herpes der Hornhaut, der angeblich jetzt häufiger beobachtet wird. Die Injectionen bekämpfen die Schmerzen und unterstützen und beschleunigen die Wiederherstellung des kranken Gewebes; b) die tieferen Geschwüre der Hornhaut, besonders die localisirten traumatischer oder pustulöser Natur. Mit Hilfe dieser Injectionen geht die Heilung schneller von statten; c) Uveitis verschiedener Aetiologie und klinischer Erscheinungsform. Zunächst Fälle von acuter oder subacuter parenchymatöser Keratitis wie etwa nach Influenza. Hier sind die

Hetolinjectionen nach P. von grossem Nutzen, der durch die Massage der Hornhaut noch gesteigert wird. Auch Fälle von chronischer Uveitis zeigen sich der Behandlung zugänglich. Ebenso günstig sind die Injectionen bei Iridocyclitis serosa ohne Complication mit tiefer Keratitis.

d) In Fällen von traumatischer parenchymatöser Keratitis (Quetschkeratitis von Horner), von Keratouveitis auf tuberculöser Grundlage. Die conservative Behandlung ist in den letzteren Fällen der operativen (Iridektomie) vorzuziehen und wird durch die Hetolinjectionen unterstützt.

e) Bei recidivirender Skleritis mit ihren sklerosirenden Hornhautinfiltraten, die in schweren Fällen nach und nach die ganze Hornhaut trüben, verspricht das Hetol ebenfalls nützlich zu sein; in einem Falle zumindestens wurde P. durch die günstige Wirkung der Hetolinjectionen angenehm überrascht. Ein Mann, der schon 20 Jahre von Horner behandelt worden war und dessen rechte Hornhaut so infiltrirt war, dass trotz einer Iridektomie dieses Auge nicht zur Führung taugte und dessen linkes Auge trotz der vielen weissen Flecken noch arbeitsfähig war, bekam einen neuen Anfall von Infiltration des noch durchsichtigen Restes der Hornhaut, so dass er zu erblinden drohte. Die Hetolinjectionen haben hier nicht nur den neuen Herd zur Zurückbildung geführt, sondern auch die durch die vorhergehende Attaque gefolgten Sehstörungen zum Verschwinden gebracht.

Die Technik ist sehr einfach, alle zwei Tage wird 0·4 bis 0·5 cg^3 einer 1% igen Hetollösung injicirt und der Patient massirt selbst während einiger Minuten mit hydrophiler Watte das Auge. Kein Verband. Die Schmerzen sind sehr gering und dauern nur einige Minuten. — (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 39. Jahrg., Bd. 2.) Königstein.

Dermatologie und Syphilis.

Zur Verwendung des Epicarins. Von Dr. F. Winkler.

Scabies, Herpes tons. und Prurigo sind die Krankheiten, bei denen das Epicarin wegen seiner Schälwirkung und seines juckstillenden Einflusses am häufigsten benützt wurde. W. berichtet nun, dass er das Mittel auch bei Seborrhoea capitis als Spiritus und bei Perniones als Salbe benützt. Der Spiritus hat folgende Zusammensetzung: Rp. Epicarini 5·00, Aeth. sulfur. 15·00,

Spir. vin. Gall. 80·00. S. Haarspiritus. Man verreibt einige Tropfen des Spiritus in die Kopfhaut mit den Fingern. Zu viel davon entfettet die Kopfhaut zu sehr und ruft ein unangenehmes Gefühl der Spannung hervor. Die Salbe hat folgende Formel: Rp. Epicarini 3·00, Sapon. vir. kal. 0·5, Ung. caseïn. 30·00. M. f. ung. S. Salbe. Die Salbe wird täglich im warmen Bade entfernt und wieder frisch eingerieben. — (Monatsh. f. prakt. Dermat. 15. Oct. 1901.) Horovitz.

Die Action des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe, ein Versuch zur Lösung der Frage nach dem Wesen der specifischen Therapie. Von Dr. J. Justus.

Vf. constatirte, dass unter dem Einflusse der Hg-Cur die Plasmazellen der syphilitischen Kondylome zunächst eine Veränderung erleiden, die in dem Schwunde der mit polychromem Methylenblau gefärbten Körnchen besteht. Diese Körnchen gerathen sodann in die Lymphspalten und werden weiter transportirt. Die zurückgebliebene Zelle wird allmälig zu einer mit langem Kerne versehenen Bindegewebszelle. Aehnliches geht an den Peri- und Endothelzellen der Gefässe vor sich. Durch einen fein durchgeführten Versuch gewann J. die Ueberzeugung, dass die erwähnten Körnchen eine Quecksilber-Eiweissverbindung darstellen und dass daher das Quecksilber bis an die specifischen Elemente der syphilitischen Neubildungen herantritt und hier Veränderungen bewirkt, die mit dem Ausscheiden der Plasmazellen aus dem Gewebe enden. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 57, H. 1 u. 2, 1901.) Horovitz.

Die Pasta serosa Schleich's. Homogene Dermatotherapie. Von Dr. Scharff.

Schleich's Grundsatz der Wundbehandlung ist aus den Schlagworten „Zellerhaltung, Zellernährung, Zelllebenbeförderung" bekannt und ohne jede weitere Erklärung verständlich. Dass unsere gebräuchlichen Antiseptica diesen Anforderungen nicht entsprechen, ist ja einleuchtend. Daher die Suche nach homogenen Deckmitteln. Unter einem solchen Deckmittel geht die Reparation gut vor sich, die Zellen werden geschont. Das Ochsenblutserum ist ein solches homogenes Mittel; 1 l reines Serum mit 500 g Zinkoxyd gemischt, gibt eine Pastengrundlage, die auf Glastafeln gestrichen, getrocknet und dann abgeschabt wird. Dieses Zincum serosum wird sterilisirt und kann entweder zu Pasten oder zu Streupulvern benützt werden. Besonders werth-

voll ist die Pasta bei Dermatitiden, nässenden Ekzemen und bei Intertrigo. Durch das Ueberstreichen mit der Pasta wird die Haut ruhiggestellt. Ebenso bei Fussgeschwüren, die schon in Reparation sind. — (Monatsb. f. prakt. Dermat. 1. Nov. 1901.)
Horovitz.

Ueber Jododerma tuberosum fungoides. Von Dr. O. Rosenthal.

Eine an Asthma bronchiale leidende Blumenarbeiterin wurde ausschliesslich mit Jod innerlich behandelt. Es entwickelten sich im Gesichte braune, derbschwammige, sehr entstellende Geschwülste, die erst mit dem Aussetzen der Jodtherapie schwanden. Es stiessen sich allmälig von der Oberfläche her braune Borken ab und zum Schlusse blieben nur noch pigmentirte Stellen zurück. Nach abermaligem Gebrauch von Jod traten die Neugebilde wieder auf. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 57, H. 1 u. 2, 1901.) Horovitz.

Ueber Jodkalium (Jodnatrium), Jodalbacid und Jodipin. Von Prof. E. Welander.

Die Versuche, das unorganische Jodkalium, resp. Jodnatrium durch die organischen Präparate Jodalbacid und Jodipin zu ersetzen, führten zu einer sehr lehrreichen Reihe von Untersuchungen, deren Ergebniss dahin lautet, dass das Jodkalium, per os genommen, sehr schnell in den Kreislauf kommt, aber nach 48 Stunden schon wieder ganz ausgeschieden ist. Auf dieser Eigenschaft beruht die ganz besondere Wirksamkeit des Mittels, aber auch die passagere Wirkung, wenn es nicht immer wieder dem Körper zugeführt wird. Die neuen Mittel sollen die alten Eigenschaften des Jodkaliums beibehalten, dafür aber seine Remanenz steigern. Die Versuchsergebnisse W.'s fielen in dieser Richtung gar nicht befriedigend aus. Das eine als auch das andere organische Präparat kommt sehr langsam in den Kreislauf und damit auch langsam zur Wirkung. Bedenkt man ferner, dass das Jodalbacid nur 10% Jod enthält, so kann von einer energischen Jodwirkung gar keine Rede sein. Die unangenehmen Nebenwirkungen des Jods werden durch die Injectionstherapie des Jodipins vermieden; allein das kann auch beim Jodkali vermieden werden, wenn es per rectum eingespritzt wird, u. zw. 2—5 Mal 1 g Jodkali pro dosi in 25—30 g Wasser. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 57, H. 1 u. 2, 1901.) Horovitz.

Vorläufige Mittheilung über verbesserte Methoden bei der Behandlung der Kupfernase und zur dauernden Entfernung lästiger Haare. Von Dr. Bloebaum.

Vf. stichelt die Kupfernase mit einer Platiniridium-Glühnadel und erzielt besonders gute Resultate, was Narbenbildung und Dauererfolg betrifft. Auch zur Entfernung der Haare wird die 3½ mm lange glühende Nadel in der Richtung des Haarbalges eingesenkt und glühend zurückgezogen. Dieser Einstich wird 2—3mal nacheinander wiederholt. Die Methode soll weniger Schmerzen als die Elektrolyse verursachen. — (Deutsche med. Ztg. Nr. 56, 1900.) Horovitz.

Die Behandlung des Lupus mit Röntgen-Strahlen. Von R. E. Scholefield.

Ein Fall von Nasenlupus bei einem 18jährigen Manne, der der Röntgen-Behandlung unterzogen wurde. Das Gesicht wurde mit Ausnahme der Nase mit einer Kautschukmaske bedeckt. In einer Entfernung von 5—6 Zoll wurde die Röhre gehalten und die Bestrahlung durch zehn Minuten hindurch fortgesetzt. Die Sitzungen wurden den ganzen Monat August jeden zweiten Tag gehalten. Die Haut wurde trocken und schälte sich. Fünf Wochen lang wurde die Behandlung ausgesetzt. Dann kamen noch einige Nachbesserungen und der Lupus war vollständig geheilt. — (Brit. med. Journ.; nach Monatsh. f. prakt. Dermat. 15. Oct. 1901.)

Horovitz.

Ueber Veränderungen des lupösen Gewebes bei der Lichtbehandlung nach Finsen. Von Dr. Gelbowsky.

Exscindirte Stücke zeigten nach der ersten Belichtung noch alle Zeichen von Lupus mit Riesenzellen und Entzündung des Gewebes; nach der zweiten und dritten Sitzung waren oberflächlich die Lupusknoten im Schwinden, ebenso die entzündlichen Erscheinungen in Abnahme. Nach der sechsten Sitzung waren nur noch Gefässe im jungen Bindegewebe zu gewahren. Also eine progressive Abnahme aller pathologischen Veränderungen und ein sehr brauchbarer kosmetischer Erfolg. — (Vortrag, gehalten in der Petersburger medico-chirurgischen Gesellschaft; nach Monatsh. f. prakt. Dermat., 15. Oct. 1901.)

Horovitz.

Albargin, ein neues Antigonorrhoicum. Von Dr. Chrzelitzer.

Zu den neueren Silbereiweissverbindungen gehört das Argonin, Protargol und Largin. Diese Mittel besitzen neben allen

guten Eigenschaften des Argent. nitr. keine seiner schädigenden. Sie tödten die Gonokokken, dringen in ziemliche Tiefe der Schleimhaut und entfalten rasche Wirkungen, ohne das Gewebe zu reizen und die Entzündung anzufachen. Das Albargin besitzt diese Attribute in erhöhtem Masse und sind die Erfolge des Verf. sehr zufriedenstellend. Das Mittel stellt ein gelb gefärbtes Pulver dar, welches sich leicht in Wasser löst. Es enthält 15‰ Silber und ist doch wohlfeiler als alle anderen Silbereiweisspräparate. Es wird in 0·2—1‰igen Lösungen verordnet, ohne die Schleimhaut zu schädigen. Ein Specificum gegen Gonorrhöe ist es ebensowenig als die übrigen Mittel. Die Einspritzung soll langsam und vorsichtig gemacht werden und die Flüssigkeit soll drei Minuten in der Urethra bleiben. — (Dermatol. Centralbl. 1. Nov. 1901.) Horovitz.

Wann können wir die Gonorrhöe als geheilt ansehen? Von Dr. L. Leven.

Das Urethralsecret muss auf Vorhandensein von Leukocyten und Epithelzellen genau untersucht werden; das Vorhandensein der Bacterien ist nicht beweisend, da die Gonokokken sich weder durch die Gram'sche Methode, noch durch die intracelluläre Lagerung, noch durch ihr Verhalten zum Epithel genügend charakterisiren lassen. Die Cultivirung des Gonococcus ist für die grosse Praxis durch die Umständlichkeit und den nothwendigen Zeitverlust nicht zu verwerthen. Entscheidend ist und bleibt das Vorhandensein von Leukocyten. Solange die da sind, ist der Ausfluss von Gonokokken nicht frei. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. 55. Bd., 1901; nach Dermatol. Centralbl. Nr. 3, 1901.) Horovitz.

Ueber eine Methode zur Heilung chronischer Localekzeme. Von Dr. E. Spiegler.

Scharf umschriebene, chronische Ekzeme ohne acute Entzündungssymptome werden der folgenden Aetzbehandlung unterworfen: Nach gründlicher Seifenwaschung wird das ganze erkrankte Gebiet mit einem Wattepinsel abgerieben, der in einer Lösung von āā Kalilauge und Aq. destill. getaucht war. Diesem Eingriffe zufolge kommt es zur Blosslegung vieler kleiner Hautstellen, zum Verlust der Epidermis und zum Austritte von Serum aus den so gesetzten kleinen Wunden. Hierauf wird die Stelle mit Wasser abgespült, mit Watte abgetupft und mit 50%iger Lapislösung bestrichen. Der so gesetzte Schorf wird mit Baum-

wolle bedeckt, mit einer Binde niedergebunden. Heilung unter dem Schorfe in 1—3 Wochen. — (Festschr. f. Moriz Kaposi, 1900.)

Horovitz.

Urologie.

Rückblick und Aussichten in der Chirurgie der Harngenitalwege. Von Dr. Regin. Harrison.

Bei Betrachtung der Erfolge, welche das verlaufene Jahrhundert auf dem Gebiete der operativen Urologie gezeitigt hat, möchte Vf. die Methode von Bigelow als die wichtigste Erfindung hinstellen. Das Verfahren — die Steine innerhalb der Blase zu zerbrechen und in derselben Sitzung die Trümmer derselben auszuwaschen — habe ein klärendes Licht in die Aetiologie der Blasensteinbildung, und insbesondere auf den diesbezüglichen Einfluss der Prostatahypertrophie gebracht. Bei der letzteren unterscheidet H. mehrere Arten, welche auch verschiedene Behandlungsarten erheischen; die erste Form ist die einfach vergrösserte Drüse mit Erhabenheiten nach aufwärts und rückwärts in die Blase, die Heilung erfolgt hier meist durch Castration, Vasektomie oder auch durch die Bottini'sche Operation. Die zweite Form ist durch die in der Blase liegenden Steine verursacht, ein Stück vorgedrängten Prostatagewebes oder der Mittellappen hindert den Abfluss des Urins und muss daher resecirt werden, weshalb hier all die anderen Mittel nichts helfen.

Bei der dritten Varietät liegen in Mitte des Organs harte Drüsentumoren, wirkliche Adenome; das einzige Verfahren sei hier die Ausschälung und Entfernung der Geschwulstmassen; Castration, Vasektomie und der Eingriff Bottini's vermochten in ähnlichen Fällen kaum einen Erfolg zu sichern. Von besonderer Bedeutung sei es daher, rechtzeitig die exacte Diagnose zu stellen, welche Form von Hypertrophie vorliegt, und daraus die Anzeige für die entsprechende Operation resultiren zu lassen.

Bezüglich der Nierenchirurgie hebt Vf. hervor, was gegen die Nierensteine, Neubildungen, Erweiterung (infolge von Eiter- und Harnstauung), gegen die Wanderniere und andere schmerzhafte Affectionen dieses Organs im vergangenen Jahrhundert geschehen ist, und fügt als weitere sehr wichtige Indicationsstellung für operatives Eingreifen (Laparotomie und Punction der Nierenkapsel) die erhöhte Spannung an den Nieren und

deren Folgen, wie Congestion und Entzündung bei, Zustände, welche H. oft für gefährlicher und weiterreichend in ihren localen Folgen hält, als die schon erwähnten rein chirurgischen Krankheiten. Die Frage, ob dieser Zustand der Nieren ein Vorläufer der chronischen Nephritis ist und wann die Explorationslaparotomie und Punction der Kapsel nöthig sei, lässt jedoch H. noch offen und schliesst mit der Ansicht, dass noch Vieles zu thun übrig bleibt, sowohl in der Nieren-, wie in der übrigen Chirurgie der Harnwege. — (Med. News Nr. 12, 1901.) N.

Ein neuer Beitrag zur Formalindesinfection in der Urologie. Von Dr. R. Loeb.

Die bacteriologischen Untersuchungen des Vfs. beweisen, dass gasförmiges Formalin das am raschesten und vollständigsten wirkende Desinfectionsmittel für Instrumente überhaupt und speciell für Harnröhren und Ureterkatheter ist; dasselbe bewirkt unter gewissen Voraussetzungen auch bei mässig starker Schichtenbildung von Bacterien Desinfection ohne vorhergehende mechanische Reinigung. Als Aufbewahrungs- und gleichzeitiges Gleitmittel für Katheter, die mit Formalin desinficirt sind, empfiehlt sich folgende Lösung: Tragakanthschleim 1:100, Glycerin 10·0, Hydrarg. oxycyan. 0·1. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5, 1901.) N.

Die chirurgische Behandlung der Harnröhrenstricturen. Von Dr. Martens.

Vf. bespricht — mit Ausschluss der chirurgischen Entfernung — alle Methoden der Stricturbehandlung welche sich in der Klinik König (Charité-Berlin) eingebürgert haben. Zur Dilatation werden nur Metallsonden verwendet, anfangs feine und allmälig auf 24—26 steigend; die Dilatationsbehandlung muss sehr lange fortgesetzt werden; die Patienten werden nur mit dicken Sonden zur Selbstbougirung entlassen. Länger wie 1—2 Minuten die Sonden liegen zu lassen — sog. Dauerdilatationen — hält König für schädlich. Widerstehen die Stricturen hartnäckig der Dilatation, besteht Urinretention oder Urininfiltration (falsche Wege) oder sind die Stricturen mit Abscessen oder Fisteln verbunden, so ist in dringenden Fällen die Blasenpunction ein sehr gutes Auskunftsmittel, dauernde Heilung kann jedoch nur die äussere Urethrotomie bringen, während der, besonders in Frankreich geübte, innere Harnröhrenschnitt eine ziemlich gefährliche Operation zu nennen ist. Ist die verengte Stelle nicht zu lang,

dann resecirt man sie und näht nach König die Enden der Harnröhre zusammen. Gleichzeitig mit der Stricturbehandlung muss man für Heilung eventueller Complicationen (Blasenentzündung, Resorption der Infiltrate und Narben mit starken Metallsonden oder Spülungen, durch Sitzbäder, Massage, hydropathische Umschläge) Sorge tragen. Nach Resection der Strictur sind, wie die 26jährige Statistik König's lehrt, die Resultate am günstigsten. Von 130 Kranken, welche längere Zeit verfolgt werden konnten, sind 72 nach einer Reihe von Jahren geheilt oder scheinen so gut wie geheilt zu sein; im Ganzen waren in dem erwähnten Zeitraume 205 Kranke mit Stricturen behandelt worden, davon starben 17, welche aber grösstentheils schon aussichtslos (jauchige Cystitis, Nephropyelitis) zur Behandlung gekommen waren. Wenn man auch auf verschiedenen Wegen zum Ziele kommen kann, so müssen doch bei jeder Behandlung nach M. folgende drei Grundsätze gelten: Vermeidung jeglicher Gewalt bei der Dilatation, schnelle Sorge für freien Urinabfluss und langdauernde Nachbehandlung, letzteres, von ganz besonderer Wichtigkeit für die Dauerheilung, scheitert leider meist an der Unvernunft der Patienten. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45, 1901.) N.

Ueber die Wirkung des Alkaloides Johimbin auf den thierischen Organismus und über seine Bedeutung für die Behandlung der Impotenz. Von Dr. Krawkoff.

Auf Grund sehr genauer Untersuchungen an Thieren und auch an Menschen kam Vf. (gleich dem Referenten) zur Ueberzeugung, dass das Johimbin in der Dosis von 0·005 dreimal täglich genommen, nicht ganz ungefährlich ist und anderseits nicht als ein Aphrodisiacum angesehen werden kann. (Wratsch, S. 321—355, 1901.) N.

Die Blasennaht beim hohen Steinschnitt auf Grund bacteriologischer Untersuchungen des Harns. Von Dr. Kukula.

Eingehende bacteriologische Untersuchungen von cystitischen Harnen und zahlreiche Experimente an Kaninchen, in deren Blasen virulente Bacterien verschiedener Art injicirt wurden, führen den Autor zu der Ansicht, dass die schwersten Formen der Cystitis mit tiefgreifenden Gewebsläsionen stets durch Mischinfectionen hervorgerufen werden; bei den experimentell hervorgerufenen Monoinfectionen der Blase fanden sich niemals tiefgreifende Veränderungen der Blasenschleimhaut. Der verschiedene Virulenzgrad der Bacterien, sowie die verschiedene Toxi

cität ihrer löslichen Stoffwechselproducte, die in manchen Fällen Nekrose und Eiterung der Gewebe hervorrufen, sollen hiebei die entscheidende Rolle spielen.

In derselben Weise versucht Vf. alle die Veränderungen, welche eine nicht per primam sich schliessende Operationswunde nach Sectio alta zeigt, zu erklären, und kommt zu dem Schlusse, man müsse bei diesem Eingriff das Operationsverfahren nach dem bacteriologischen Befund des Harns einrichten, u. zw.:

1. Bei vollkommen sterilem Harn ist die complete Blasennaht in zwei Etagen das rationellste Verfahren. Bei Kindern ist behufs Vermeidung einer Infection von aussen auch die vollständige Naht der äusseren Decken empfehlenswerth.

2. Bei mit Cystitis complicirten Fällen von Blasensteinen ist, wenn es sich um Monoinfectionen oder wenig virulente Pilze handelt, die complete Blasennaht vorzuziehen, handelt es sich dagegen um Monoinfection durch stark riechende Mikroben, so ist unzweifelhaft die zweizeitige Methode der Sectio alta mit Cystopexis das sicherste Verfahren.

3. Bei schweren, durch Mischinfection bedingten Cystitiden ist die zweizeitige Operation nach Vidal de Cassis, combinirt mit Cystopexis nach Rasumovski, das allein berechtigte Verfahren, um dem Entstehen einer ausgedehnten Nekrose und tiefgreifenden Eiterung des Cavum vesic. und der daraus leicht resultirenden allgemeinen Sepsis vorzubeugen. — (Arch. f. klin. Chir. Bd. 64, H. 1.)

N.

Kinderheilkunde.

Beitrag zur Heilung des Hydrocephalus. Von Dr. V. Immerwol.

Zur Behandlung des Hydrocephalus hat Autor folgende Methoden in Anwendung gebracht: die antisyphilitische Therapie, die laterale Punction des Hirnventrikels, die Punction mit nachfolgender Injection von Jodtinctur und die Lumbalpunction. Von zehn auf diese Weise behandelten Fällen im Alter von drei Monaten bis zu drei Jahren (neunmal angeborener, einmal erworbener Hydrocephalus) sind acht ungeheilt geblieben, in zweien wurde Heilung erzielt, welche bei einem Kinde noch nach fünf Jahren zu constatiren war. In allen neun Fällen congenitaler Hydrocephalie wurde intensiv antisyphilitisch behandelt; in fünf

Fällen wurde, ein- oder mehrmals, die Lateralpunction des Ventrikels versucht, und in einem dieser Fälle mit nachfolgender Injection von Jodtinctur; in vier Fällen wurde ein- oder mehrmals die Lumbalpunction gemacht.

Von den geheilten Fällen betraf der eine ein sechs Monate altes Kind, das in einem Monate 12 g Jodnatrium erhielt, und darauf eine absolut einwandfreie Besserung (sowohl was die Kopfmasse als was die nervösen Störungen betrifft), erkennen liess. Von den Gründen, die Autor als beweisend für die hereditär-syphilitische Natur der Hydrocephalie in diesem Falle hält, möchte Ref. lediglich die Wirkung des Jodnatriums als erwägenswerth, aber für nichts weniger als beweisend anerkennen. Wenigstens wird dem Jod bekanntermassen auch auf nichtluetische Affectionen eine gewisse Wirksamkeit zugeschrieben.

Der zweite (geheilte) Fall betraf ein sechs Monate altes Kind, bei dem vor vier Wochen im Anschluss an einen acut fieberhaften Process Grösserwerden des Kopfes (besonders auf der rechten Seite) und eine rechtsseitige Hemiplegie aufgetreten waren. Im Verlaufe von dreimal wiederholter Lumbalpunction (die klare sterile Flüssigkeit förderte) heilten diese Erscheinungen. Autor ist geneigt, eine seröse Meningitis als Ursache der Hydrocephalie anzunehmen.

Er betrachtet die wiederholt ausgeführte Lumbalpunction in allen Fällen von Hydrocephalus acquisitus formell indicirt, umsomehr als dieselbe ein leichter und gefahrloser Eingriff ist. Versuchsweise könne man die Lumbalpunction auch beim Hydrocephalus congenitus in Anwendung bringen (obgleich in vier Fällen kein Erfolg vom Autor erzielt wurde), dabei ist aber die antiluetische Therapie nicht zu vernachlässigen. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 32.)

Prolapsus recti geheilt durch interne Behandlung. Von Dr. L. Bäumel.

Autor tritt warm für die Behandlung des Rectumprolapses auf internem Wege ein. Er sah ein dreijähriges Kind, das seit seinem 16. Monat an der Affection litt, und schon drei Monate nach operativer Behandlung an einer Recidive zu leiden hatte. Es bestand damit gleichzeitig eine Hyperplasie der Bronchialdrüsen, keuchhustenartiger Husten und Diarrhöe. Trotz Verabreichung von Jodsyrup und Tinctura Digitalis (zwei Tropfen) gegen die Adenopathie und den Herzbefund (functionelle Tricu-

spidalinsufficienz), trotz absoluten Milchregimes, Bismuth, Ratanhia, Tannin; trotz der verschiedensten therapeutischen Massregeln änderte sich der Zustand nicht, bis eine strengere Handhabung des Vorgehens zum Ziele führte.

Die irrationelle Ernährung, die dem Kinde früher zutheil geworden war, die Bronchopneumonie, die sich in der Anamnese des Kindes fand, und den pertussisartigen Husten zur Folge hatten, waren wohl ätiologische Factoren für den Rectalprolaps.

Autor schliesst: Husten und chronische Diarrhöe sind die gewöhnlichsten Ursachen des renitenten Rectalprolapses beim Kinde, die in der anatomischen Formation des Rectums und des Kreuzbeines eine Stütze finden. Die Heilung geht oft ohne chirurgischen Eingriff vor sich; interne Behandlung verdient vor der blutigen den Vorzug. — (Ann. de méd. et chir. inf., 1. Dec. 1901.)

Ein Fall von Atropinvergiftung. Von Dr. M. Selo.

Ein elf Jahre alter Knabe hatte ein Fläschchen, das 0·05 Atropin enthielt (Atropini sulfurici 0·05, Aq. 10·0. S. Dreimal täglich ein Tropfen ins Auge) leer getrunken. Da darnach drei Stunden vergangen waren, sah man von der Magenspülung ab. Es kam zu einem heftigen Tobsuchtsanfall, Delirien, kleinem schnellem Puls, maximaler Pupillenerweiterung. Nach Essigwassereinlauf und Verabreichung von 0·5 Chloralhydrat legte sich die Tobsucht und es trat Schlaf ein, dem aber nach zwei Stunden wieder ein Aufregungszustand folgte, der die ganze Nacht anhielt. Tags darauf Besserung, doch noch immer Störungen des Bewusstseins, Phantasiren, Excitationen. Nach zehn Tagen klagte der Knabe noch über zeitweise auftretenden Kopfschmerz, Trockenheit im Halse und Sehstörungen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48, 1901.)

Tetanus nach Gelatineinjection. Von F. Kuhn.

Als blutstillendes Mittel wird subcutan applicirte Gelatine in neuerer Zeit vielfach empfohlen und in Anwendung gebracht, u. zw. für Blutungen überhaupt, weiters im Besonderen für unstillbare cholämische Blutungen, endlich bei Aneurysmen. Als Warnung haben aber nicht nur die häufigeren Misserfolge zu gelten, sondern noch mehr die Erwägung, dass auf dem guten Nährboden, den die Gelatine für das Gedeihen der verschiedensten Mikroorganismen bietet, Krankheitserreger ihr Fortkommen finden und ihre deletären Stoffwechselproducte erzeugen.

Vf. bringt den Fall eines zwölf Jahre alten hämophilen Knaben, bei dem nach Ausräumung adenoider Vegetationen wegen einer auf anderem Wege unstillbaren Blutung unter allen antiseptischen Cautelen 50 g einer zweipercentigen, aus der Apotheke bezogenen Gelatine injicirt wurden. Die Injection löste recht heftige von der Injectionsstelle an der Innenseite des linken Oberschenkels nach der Bauchhöhle ausstrahlende, die nächsten Tage anhaltende Schmerzen aus. Die Injectionsstelle wurde gangränös und musste ausgeräumt werden. Am fünften Tag nach der Injection stellten sich heftige Erscheinungen von Tetanus ein, dem das Kind erlag. Thierversuche mit Wundfetzen ergaben typischen Tetanus bei den Versuchskaninchen. Die Tetanuskeime stammten ohne Zweifel aus der eingespritzten Gelatine, deren Sterilisirung zur Tödtung der Keime nicht ausgereicht hatte.

Will man an den Einspritzungen von Gelatine festhalten, so muss man mit Rücksicht auf diese Beobachtung die Forderung aufstellen, dass die zur subcutanen Injection in Verwendung kommende Gelatine frisch aus dem leimgebenden Gewebe gesunder Schlachtthiere hergestellt werde. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48, 1901.)

Alkoholumschläge bei Appendicitis. Von Dr. Filatow.

Ein schon längere Zeit an chronischer Obstipation leidender Knabe hatte vor einem Jahre zweimal Anfälle von Appendicitis überstanden und erkrankte nun unter Erbrechen und starken Schmerzen an einer neuerlichen Attaque. Temperatur 38·5. Bei Palpation starke Empfindlichkeit des aufgetriebenen Abdomens. Es wurde ein Lavement, darauf Opium zweistündlich zu drei Tropfen und ein Priessnitz'scher Umschlag verordnet. Nachts Steigerung der Schmerzen und Uebelkeit, Unruhe, Harnverhaltung. Der Zustand verschlimmerte sich bis zum neunten Krankheitstage. Von da an kamen nach dem Vorschlage von Gehrwald Alkoholumschläge (96%) in Anwendung. Ueber den Umschlag kam eine Flanellschichte, darauf ein Eisbeutel. Dieser Umschlag wurde zweistündlich gewechselt und das Opium weiter gereicht. Es trat sehr bald ruhiger Schlaf ein, die Schmerzen nahmen ab, der Puls hob sich, die Temperatur fiel, die Harnverhaltung wich, Patient bekam Appetit. Endlich Genesung. Das Verfahren wird von Filatow warm empfohlen. — (Kinderärztl. Gesellsch. zu Moskau; nach Arch. f. Kinderheilk.)

Hygiene und Krankenpflege.

Die Stillung des Erbrechens der Schwangeren. Von Dr. E. Dirmoser.

Durch die bisherige Ansicht, dass die Hyperemesis gravidarum eine reine Reflexneurose sei oder durch functionelle Störungen des Nervensystems, wie sie bei der Hysterie vorliegen, bedingt würde, ist die Behandlung dieser Krankheit auf die reflectorische Anfangs- und Endstation: auf Gebärmutter und Magen, oder auf eine allgemeine mehr psychische Einflussnahme hingeführt worden. Im Gegensatze hierzu ist Vf. der Ansicht, dass das Erbrechen der Schwangeren als eine Autointoxication aufzufassen ist, bedingt durch die Aufsaugung von Giftstoffen, welche sich im Verlaufe der Schwangerschaft im Organismus bilden, so zwar, dass der während der Schwangerschaft auf die Endigungen der Nervi vagi-sympathici andauernd ausgeübte Reiz im Stande wäre, vermittelst jener Fasern, welche sowohl dem Geschlechtsapparate als dem Verdauungstracte gemeinsam zukommen, den normalen Verdauungs-Chemismus in der Weise zu beeinflussen, dass einerseits die normalen Stoffwechselproducte nicht prompt zur Ausscheidung kommen, sich anhäufen, oder dass sich solche chemische Körper bilden, welche wir im normalen Zustande im Körper nicht finden und die dann als Gifte ihre Wirkung enfalten. Diese Theorie stützt sich auf drei Momente. Zunächst auf das klinische Bild, welches schwer Erkrankte darbieten: ausser der selbstverständlichen Abmagerung und der spärlichen Harnentleerung pflegen noch Gelbsucht, Temperaturerhöhung, Pulsbeschleunigung, Muskelzuckungen, zeitweise Bewusstseinsstörungen zu bestehen, während dauernde Heilung oder vorübergehende Besserung nach ausgiebiger Darmentleerung eintritt. Sodann auf eine Reihe von Harnanalysen, die nur Vermehrung von Indoxyl und Skatoxyl, Aetherschwefelsäure, Urobilin, Pepton, Aceton und Acetessigsäure, Eiweiss ergeben haben; im Sedimente fanden sich oft Nierenelemente. Zu dritt erweisen Obductionsbefunde, die in der Literatur verzeichnet sind, Nierenentzündung und parenchymatöse Degeneration von Leber und Milz. Auf Grund dieser Theorie muss im Principe die Behandlung von Schwangeren mit Hyperemesis in der Weise durchgeführt werden, dass sie die ursächlich wirksamen Gifte aus dem Körper zu entfernen oder in ihrer Wirkung abzuschwächen bestrebt ist. Zu unterscheiden ist hiebei zwischen leichten Formen, bei denen der Or-

ganismus noch nicht zu stark mit den Toxinen überladen ist, und den schweren Fällen.

In leichten Fällen ist nebst den sehr wichtigen allgemeinen Verhaltungsmassregeln, wie Regelung der Diät, Vermeidung von körperlicher und geistiger Ueberanstrengung, lauen Bädern, insbesondere Abends vor dem Schlafengehen, dort wo, wie es bei den meisten Patientinnen der Fall ist, Stuhlverhaltung oder mangelhafte Stuhlentleerung in die Erscheinung tritt, ein zugleich antiseptisch wirkendes Laxans, beispielsweise Kalomel in Pillen zu 0·03, jede Stunde eine Pille bis zur Wirkung geboten; oder man lasse Darmirrigationen vornehmen. Ist das Erbrechen nur selten, etwa nur Morgens nach dem Aufstehen, so ist das Frühstück liegend zu nehmen. Bilden sich lästige Magengase, die oft durch ihren üblen Geruch (Sumpfgas, ölbildendes Gas) auffallen, so wäre, falls eine interne Medication vertragen wird, ein desinficirendes Magenpulver zu reichen. Da die Schleimbildung im Magen eine vermehrte ist, bei schwereren Fällen oft so, dass der saure Magensaft neutralisirt oder alkalisch wird, so kann man neben dem desinficirenden Menthol auch Natrium hydrocarbonicum verordnen, etwa Menthol 0·10, Bismuthum salicylicum 3·0, Natrium hydrocarbonicum 20·0, Magnesia usta, Saccharum ana 10·0, eventuell ein Zusatz von Rheum 3·0 g; davon dreimal täglich eine Messerspitze voll zu nehmen. Auch hat Vf. bei leichteren Fällen Nutzen von der Kreosottherapie gesehen. Man muss jedoch bei jedem Falle individualisiren, ob eine interne Therapie noch möglich und von Nutzen sein könne. Medicamente in Gelatinekapseln eignen sich nicht, da man dem ohnedies stark irritirten Magen keine unnöthige Arbeit aufladen will. Bei Verwendung der Darmdesinficientia muss man darauf Rücksicht nehmen, dass sie auch wirklich in den Darm gelangen; dies wird durch Darm-Desinfectionspillen erreicht. Die Atonie des Darmes bekämpft man mit Darmirrigationen. Der Irrigationsflüssigkeit kann man auch antiseptisch wirkende Mittel, wie übermangansaures Kalium oder Borsäure zusetzen. Bei schweren Fällen von Hyperemesis eignen sich auch Eingiessungen von physiologischer Kochsalzlösung; sie wirken nicht nur antiseptisch, sondern vermögen auch bei schweren Erschöpfungserscheinungen vermöge ihrer leichten Aufsaugbarkeit den Allgemeinzustand zu heben.

In denjenigen schweren Fällen, bei denen jede Berührung, welcher Substanz auch immer, mit der Magenschleimhaut den Zu-

stand nur noch qualvoller macht, oder wo nachgewiesenermassen die inneren Organe, die Nieren oder die Leber stärker in Mitleidenschaft gezogen sind, ist jeder unnöthige Versuch einer Nahrungsverabreichung vom Munde aus zu vermeiden. Man reinige vielmehr zunächst, am besten in der linken Seitenlage, den Darm mit einer hohen Eingiessung von lichtrother Uebermangan- oder von Kochsalzlösung. Die Toxine des Magens, Gährungsproducte, durch die der Magen infolge von Gas- und Schleimbildung oft stark gespannt ist, entferne man, entweder nach dem Klysma, oder, wenn die Magengegend eingefallen und leer erscheint, zuvor, mit Hilfe eines nicht zu dicken elastischen Schlauches, der eine Oeffnung im Querschnitte besitzt; ein Zusatz von Natrium bicarbonicum oder von Borsäure ist hiebei zu empfehlen. Diese Manipulation kann nach 2—3 Tagen ein zweites, und nach derselben Zeit ein drittes Mal vorgenommen werden; öfter wird sie nicht angewendet. Die Ernährung der Patientin erfolgt zunächst nur vom Mastdarm aus in der Weise, dass zwei- bis dreimal täglich Milch mit Eidotter verrührt zur Einführung gelangt; über die Bauchgegend kommt eine hydropathische Einwicklung. Vor dem Nährklysma ist der Darm zu reinigen. Werden Nährklysmen mit Eidotterzusatz nicht vertragen, da die Zersetzungsstoffe des Eidotters oft höher in den Darm hinaufwandern, so gebe man der Milch Sanatogen oder Somatose als Mengemittel bei. Setzt das Erbrechen durch wenigstens 24 Stunden aus, so beginne die Nahrungsverabfolgung vom Munde aus: zuerst kalter russischer Thee, aber schwach, dann Reisschleim mit Somatose, etwa einige Kaffeelöffel voll Puro oder einem anderen Fleischsaft. Die Ernährung vom Mastdarm ist dabei fortzusetzen, um die Kräfte der Patientin zu erhalten. Trotz der geringen Nahrungszufuhr per rectum erholen sich die Patientinnen oft sichtlich. Selbst wenn sie bereits anfangen, über Hunger zu klagen, gebe man nicht sofort consistente Nahrung, sondern behelfe sich mit saurer Milch, Kefir und leichter Fleischbrühe; erst allmälig, zumal dann, wenn keine Complication von der Niere mehr vorliegt, gebe man Haché und leichte Fleischkost und lasse die Nährklysmen weg.

Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist allerdings das einfachste und sicherste Mittel zur Beseitigung der Hyperemesis der Schwangeren. Sie wird heute noch fleissig geübt. Nach Vf. ist es Pflicht des Arztes, jede Einleitung eines Abortus mit allen nur möglichen Mitteln hinauszuschieben und die künstliche

Frühgeburt auf ein Minimum zu beschränken. Kommt ein ganz verzweifelter Fall zur Behandlung, so kann das operative Verfahren hie und da gerechtfertigt erscheinen, bei von Haus aus vernachlässigten Fällen, bei denen eine vernunftgemässe Behandlung nicht angewendet worden, darf dann nach wohlweislicher Abschätzung der Schwere der allgemeinen Intoxication und der Herabsetzung des Kräftezustandes in Erwägung gezogen werden, ob der Eingriff noch durchführbar erscheint; je rascher der Erfolg nach der vollzogenen Operation eintritt, desto weniger nothwendig war sie, denn bei wirklich schweren Intoxicationen muss die Entfernung der Toxine aus dem Körper auch hier immer noch einige Zeit in Anspruch nehmen. Die von Vf. aufgestellte Therapie hat aber den Zweck, die Einleitung des Abortus überhaupt möglichst zu verdrängen. — (Die Krankenpflege, Novemb. 1901.)

Kleine Mittheilungen.

Die Wismuthbehandlung des Magengeschwüres. Von Prof. W. Fleiner. Viele Magengeschwüre heilen bei völliger Ruhe und wochenlang streng durchgeführter Diätcur (Milchcur) vollständig aus. Stellt sich beim Uebergange zur gemischten Kost eine Störung ein, z. B. überschüssige Säurebildung oder Schmerz, so versuche man vorerst ein alkalisches Wasser (Vichy) oder wende sofort grosse Gaben von Wismuth an. Früh nüchtern werden 100—150cm³ warmes Karlsbader oder Vichy-Wasser getrunken, nach drei Viertel- bis einer Stunde 5—10 g mit 100 g Wasser gut verrührtes Wismuth eingenommen. Nach Verlauf einer weiteren halben Stunde ist die erste Mahlzeit gestattet. Ausnahmsweise wird diese Medication zweimal im Tage vorgenommen. Nach etwa sieben Tagen verringert man die Wismuthdosis oder gibt Wismuth mit Magnesia usta (20: 10); man kann aber mit der vollen Dosis von Wismuth bis zur Genesung fortfahren. Hat man es mit alten Magengeschwüren zu thun, deren starrer, schwieliger Grund weder contrahirbar, noch dehnbar ist, so muss vorerst eine längere Magenspülung vorgenommen werden. Früh nüchtern werden in den Trichter 10—15, sogar 20 g Wismuth mit 150—500 g Wasser, gut verrührt, eingegossen und in den Magen hinabfliessen gelassen. Der Kranke nimmt eine dem vermutheten Sitze des Geschwüres entsprechende Lagerung ein, z. B. die rechte Seitenlage, wenn das Ulcus in der Pars pylorica zu sitzen scheint, eventuell Rückenlage.

Die Schmerzen hören bald auf, man verkleinert darum die Wismuthdosen oder lässt das Wismuth einnehmen und hört ganz auf, wenn die Toleranz des Magens gegen eine gemischte Kost eine befriedigende ist. Endlich gibt es mit Pylorusstenose complicirte Magengeschwüre, bei welchen man durch Spülungen und Wismutheingiessungen wohl Besserungen, aber nur selten Heilungen erzielen wird. Hier ist die Gastroenterostomie indicirt, mit welcher man nicht allzu lange warten soll. Condraindicirt ist die Wismuthbehandlung in den äusserst seltenen Fällen von Magengeschwüren, die zu divertikelähnlichen Ausstülpungen der Magenwand oder zu Höhlenbildungen mit Nachbarorganen (Verwachsung und Durchbruch) geführt haben. — (Ther. d. Gegenw.; Wien. klin. Wochenschr.)

Das Cuprum oxydatum nigrum als Bandwurmmittel empfiehlt neuerdings Dr. Dörr als gefahrlos und ebenso sicher wirkend, wie Filix mas. Rademacher empfahl das schwarze Kupferoxyd zu 1—4 g pro dosi, viermal täglich. Hager nennt es ein excellentes Wurm- und besonders Bandwurmmittel, und bedient sich folgender Formel: Rp. Cupri oxydati nigr. 3·0, Calcari carbonic. 1·0, Bol. alb. laevigat. 6·0, Glycerin gtt. M. f. pil. 120. Täglich viermal zwei Pillen zu nehmen, bei Vermeidung von sauren Speisen. Kinder nehmen zweimal täglich zwei Pillen und verbrauchen im Ganzen 50—60 Pillen. Einige Tage nach Beendigung des Gebrauches eine Dosis Ricinusöl. Vf. ist mit den Erfolgen dieser Therapie sehr zufrieden, gibt aber Erwachsenen die doppelte Dosis wie Hager, also Cupri oxydati nigr. 6·0, Calcar. carb. 2·0, Bol alb. laevigat. 12·0 etc. Der Bandwurm pflegt mehr oder weniger verwest abzugehen, daher für einige Tage mässiges Laxiren durch Zusatz von Aloë angezeigt. — (Therap. d. Gegenw.; Wien. klin. Wochenschr.)

Ueber die Anwendung des Nebennierenextractes. Von Brunet. Seit dem Bekanntwerden der Function der Nebennieren wurde das Extract dersel benzunächst bei Rhachitis, angeblich mit gutem und raschem Erfolge verwendet; die Schweisse, die vasomotorische Reizbarkeit, die Craniotabes sollen sich auffallend vermindern, die Zahnung regelmässiger und der Gang leichter werden. Ferner wurde das Nebennierenextract bei Neurasthenie, als Blutstillungsmittel bei Darmblutungen, bei verschiedenen Respirationserkrankungen und bei schmerzhaften Zuständen statt des Morphins angewendet. Von ganz besonderer Wirkung wegen der die Gefässe zusammenziehenden Eigenschaft des wässerigen Extractes oder des trockenen Pulvers

der Nebenniere des Schafes ist das Mittel in der Augenheilkunde. Ein Tropfen einer einpercentigen wässerigen Lösung in die Bindehaut gebracht, bewirkt in zwei bis drei Minuten Anämie der Oberfläche des Augapfels, die Bindehautgefässe verschwinden, die Lederhaut wird weissglänzend, das ganze Auge bekommt ein bläuliches Aussehen. Die Wirkung dauert umso länger, je blutreicher das Auge ist. Da das Cocaïn auf blutüberfüllte Augen schlecht oder gar nicht wirkt, so empfiehlt es sich, ein Augenwasser aus Nebennierenextract mit einem Augenwasser aus Cocaïn abwechselnd anzuwenden, wodurch eine vollständige Anästhesie des Auges erzielt wird. Was die Addison'sche Krankheit betrifft, so wurden mit den Nebennierenextracten angeblich gute Erfolge, wenn auch keine Heilungen erzielt. Dosen von 1—1½ g dürfen nicht überschritten werden. Die subcutane Anwendung empfiehlt sich nicht; eher noch bei Intoleranz des Magens die Anwendung von Extracten durch den Mastdarm, welche in Pepsin, Trypsin oder Papain gelöst sind, auch kann das Nebennierenextract mit wässerigem Pankreasextract vermischt werden. Um vollständige Extracte zu erhalten, wird das Organ zerrieben, in warmem Wasser macerirt, filtrirt, sodann mit Bouillon oder Milch gemischt. Am besten ist die Anwendung in Pulverform mit Milchzucker als Tabletten oder Pillen. Darier verschreibt folgendes Augenwasser: Salzsaures Pilocarpin 3 cg, neutrales schwefelsaures Eserin 2 cg, wässeriges Nebennierenextract 5 g, destillirtes Wasser 5 g oder aber: Extr. suprarenale pulv., destillirtes Wasser aa. 1 g. — (Gaz. des hôpitaux.; Wien. klin. Wochenschr.)

Sitogen. Unter der Bezeichnung „Sitogen", Pflanzen-Nährstoff-Extract, bringt die Sitogen-Extract-Gesellschaft für Oesterreich-Ungarn ein Präparat in den Handel, welches als Zusatz zu Suppen, Fleischspeisen und Gemüse die sogenannten Suppenwürzen und verschiedenen Fleischextracte ersetzen soll. Aussehen, Geruch und Geschmack des Sitogens sind dem der Fleischextracte vollständig ähnlich. Nach Angabe der Verfertiger wird es ausschliesslich aus chlorophyllfreien Pflanzenzellen gewonnen. Sitogen wird nämlich durch ein eigenes patentirtes Verfahren aus dem Safte der Hefezelle gewonnen und enthält deshalb nur den reinen Inhalt der Pflanzenzelle. Die Analyse des Sitogens ist nach dem Certificat der Untersuchungsanstalt des Allgemeinen österreichischen Apotheker-Vereines in Wien folgende: Wassergehalt 34·76 %, Mineralstoffe (Nährsalze) 18·08 % Stickstoffsubstanz als Proteïn berechnet

41·16 %, sonstige N-freie Extractstoffe 6 %. Die Mineralstoffe enthalten 14·1 % (P_2O_5) Phosphorsäure, gebunden an Alkalien. Der Extract ist im Wasser vollkommen löslich und reagirt sauer, Kohlehydrate, d. h. Fehling'sche Lösung reducirende Stoffe, sind darin nicht enthalten. Der vorliegende Pflanzen-Nährstoff-Extract ist frei von Conservirungsmitteln und sonstigen gesundheitsschädlichen Stoffen und zeichnet sich durch einen hohen Gehalt an Stickstoffsubstanz und Phosphaten aus. Derselbe dürfte als zweckmässiger Ersatz des Fleischextractes Verwendung finden. Flüssiges Sitogen wird wie die üblichen Suppenwürzen, eingedicktes Sitogen wie die Fleischextracte verwendet, mit dem Unterschiede, dass es als Zuthat zu den verschiedenen Speisen und Suppen, diesen infolge seiner Reichhaltigkeit an Peptonen, Nährsalzen und Phosphorsäure einen bedeutenden Nährwerth, infolge seines angenehmen Geschmackes einen gesteigerten Wohlgeschmack verleiht. — (Ph. P.)

Maltogen ist ein neues Malzextract, welches von den österreichisch-ungarischen Tropon- und Nährmehlwerken, Dr. Roeder & Co. in Wien, aus Hannagerste erzeugt wird. Es besteht aus schön braunen, glänzenden Schüppchen von feinem Malzgeschmack und zeichnet sich vor anderen trockenen Malzextracten hauptsächlich dadurch aus, dass es nicht hygroskopisch, daher unbegrenzt haltbar ist. Die Analyse ergab: 25·7 % Maltose, 65·71 % Extract, 8·59 % Feuchtigkeit. 40 % des Maltogens sind caramelisirt; die mikroskopische Untersuchung zeigt, dass es frei von Bacterien, Pilzen und Holzfasern ist. Es wird als Zusatz zu Brot und anderen Bäckereiproducten empfohlen, um Geschmack, Verdaulichkeit und Nährkraft zu erhöhen. Dabei begünstigt es auch den Teiggährungsverlauf. Der aus Maltogen hergestellte Malzzwieback soll bei Magen- und Darmerkrankungen, sowie auch bei Verdauungsstörungen eine ausgezeichnete Heilwirkung haben. — (Ph. P.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Ueber ein neues Baldrianpräparat (Valeriansäurediäthylamid).

Von Prof. H. Kionka und Dr. A. Liebrecht.

Das Valeriansäurediäthylamid stellt eine eigenthümlich riechende, farblose, wasserklare Flüssigkeit dar von scharf brennendem Geschmack. Es siedet bei 210°. Nach Versuchen an Thieren

wurde das Präparat an Menschen geprüft. Die Anwendung geschah in Gelatinekapseln, welche 0·125 g Substanz neben der gleichen Menge Hammeltalg enthielten.

Im Ganzen wurden mehr als 100 Patienten mit dem Präparat behandelt. Die Kapseln wurden stets gern genommen. Das zuweilen einige Zeit nach dem Einnehmen auftretende Aufstossen, das als fenchelartig oder obstartig geschildert wird, ist weiter nicht unangenehm. Irgend welche Nebenwirkungen wurden bisher sonst nicht beobachtet, selbst nicht in einigen Fällen, in denen sehr grosse Mengen (8—10 Kapseln auf einmal, oder dreimal täglich 6 Kapseln) genommen wurden. Am besten bewährte sich das Präparat: 1. Bei Hysterie, selbst schweren Grades, auch Hysteria virilis. In einzelnen Fällen bestanden gleichzeitig schwere Herzfehler, so dass die objectiv wahrnehmbare Besserung (resp. Heilung) der Hysterie ein wesentlicher Heileffect war. Wiederholt liess sich der erzielte Heilerfolg auch durch objective Beobachtungen feststellen. Hieran schliessen sich einige Fälle von Neurasthenie und Hypochondrie, bei denen gleichfalls deutliche Besserungen gesehen wurden. 2. Bei traumatischen Neurosen, namentlich den auf Störungen in der Gefässinnervation beruhenden Krankheitserscheinungen. 3. Bei gewissen, durch die gleiche primäre Schädigung verursachten Formen von Hemikranie und Neuralgien, z. B. Ischias. Auch einzelne Fälle von Flimmerskotom wurden mit gutem Erfolge behandelt. 4. Bei Störungen während der Menstruation. Hier wurden die Blutwallungen und Schmerzen im Unterleibe, fast regelmässig auch die bestehenden Kopfschmerzen beseitigt, mitunter auch die Blutungen verringert. 5. Bei Beschwerden während des Klimakteriums (Ausfallserscheinungen) und während der Gravidität (Wallungen). Fliegende Hitze, Wallungen und Herzklopfen wurden auch bei Patientinnen mit normaler Menstruation beseitigt.

Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen glauben die Verfasser das Valeriansäurediäthylamid zur weiteren Prüfung bei den genannten oder ähnlichen Krankheitsformen empfehlen zu dürfen. Das Präparat, welches unter dem Namen „Valyl“ von den Höchster Farbwerken dargestellt wird, ist im Handel nur in Gelatinekapseln (zu 0·125 g mit der gleichen Menge Sebum ovile) eingeschlossen erhältlich. Man gibt von diesen Kapseln dreimal täglich 2—3 Stück, in hartnäckigen Fällen 4—6 Stück. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49, 1901.)

Bei Lungenblutungen:

1. Rp. Chin. sulfur. } Ergotini } Extr. laud. } āā 0·2
   Acid. gallic. 2·0

M. f. pilul. Nr. XX. D. S. Täglich fünf Pillen.

2. Rp. Pulv. fol. digital. 0·2
   Pulv. ipecac. } Ergotini } āā 0·1
   Acid. gallic. 2·0

M. f. pilul. Nr. XX. D. S. Dreimal täglich zwei Pillen zu nehmen.

3. Rp. Extr. fluid. geran. macul. 10·0

D. S. Stündlich 4—5 Tropfen zu nehmen.

4. Rp. Sol. spirit. nitroglyc. 1% 2·0
   Aq. menth. piperit. 12·0

D. S. Stündlich drei Tropfen zu nehmen.

5. Rp. Extr. fluid. commelin. tuberos. 15·0

D. S. Stündlich zehn Tropfen zu nehmen.

6. Rp. Hydrastinini hydrochlor. 2·0
   Aq. destill. 25·0

D. S. Stündlich fünf Tropfen in Zuckerwasser zu nehmen.

7. Rp. Extr. hydrast. canad. sicc. 0·2
   Codeïn. phosphor. 0·05

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X ad chart. cerat. D. S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

Bei Gicht wird in England verschrieben:

Rp. Natr. hippur. 8·0
   Kal. citr. 12·0
   Syr. menth. 25·0
   Aq. font. ad 200·0

D. S. Dreimal täglich ein Kaffeelöffel zu nehmen.

Bei schmerzhaften Erectionen wird empfohlen:

1. Rp. Chloral. hydrat. } Antipyrini } āā 0·5
   Butyr. cacao 2·0

M. f. suppos. Dtr. tal. suppos. Nr. X. D. S. Abends 1—2 Stuhlzäpfchen einzulegen.

2. Rp. Natr. bromat. 6·0
   Tinct. laudani 2·0
   Glycerini 10·0
   Aq. destill. ad 200·0

D. S. Zur Injection in die Harnröhre.

Bei Hämorrhoiden:

1. Rp. Jodoformii 2·0
   Bals. peruvian. 4·0
   Butyr. cacao } Cerae alb. } āā 3·0
   Magnes. ust. 2·0

M. f. suppos. Divide in suppos. Nr. XII. D. S. Dreimal täglich ein Stuhlzäpfchen einzuführen.

2. Rp. Calomelanos 2·0
   Morph. mur. 0·15
   Bismuth. subnitr. } Vaselini } āā 25·0
   Glycerini 8·0

M. f. ungt. D. S. Hämorrhoidensalbe.

3. Rp. Extr. hamamel. virgin. 0·2
   Extr. belladonn. 0·02
   Butyr. cacao 2·0

M. f. suppos. Dtr. tal. suppos. Nr. XII. D. S. Stuhlzäpfchen.

Bei Hyperidrosis manuum:

Rp. Acid. salicyl. } Natr. biboric. } āā 15·0
   Acid. boric. 5·0
   Glycerini } Spirit. vin. dil. } āā 60·0

D. S. Dreimal täglich einzureiben.

Bei Magenatonie:

Rp. Strychnin. sulfur. }
Acid. arsenic. } āā 0·06
Extr. belladonn. 0·3
Chin. sulfur. }
Massa pilul. Blaudii } āā 2·0
Extr. taraxaci qu. sat.

ut f. pilul. Nr. C. D. S. Dreimal täglich nach den Mahlzeiten je eine Pille zu nehmen.

Als Zahnseife wird empfohlen:

1. Rp. Thymoli 0·25
Extr. ratanhiae 1·0
Glycerini fervid. 6·0
Magnes. ust. 0 5
Natr. biboric. 4·0
Sapon. medic. ad 30·0

M. f. sapo. D. S. Zahnseife.

2. Rp. Kal. chloric. }
Calc. carb. praec. } āā 20·0
Sapon. medic. 10·0
Ol. menth. piper. 0·5
Ol. caryophyll. 0·25
Glycerini qu. sat.

ut f. sapo. D. S. Zahnseife.

Bei Hustenreiz:

Rp. Dionini mur. }
Codeïn. mur. } āā 0·1
Cocaïn. mur. 0·025
Ammon. valerian. }
Aq. amygd. amar. } āā 7·50

M. D. S. Alle drei Stunden 15 Tropfen zu nehmen.

Bei Warzen:

Rp. Sulfur. praecip. 2·0
Acid. acet. conc. 4·0
Glycerini 10·0

D. S. Zum Pinseln.

Sitzungsberichte.

73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg.

Licht- und Röntgen-Therapie.

Der einleitende Vortrag über therapeutische Röntgen-Technik wurde von Kienböck gehalten: Die sog. weichen Röntgen-Röhren senden die für die Behandlung wirksamsten („kritischen") Strahlen aus. Es sind die X-Strahlen selbst und sie nur allein, welche die bekannte Reaction der Haut bei Bestrahlungen veranlassen. Wirkliche Schäden werden durch Ueberexposition verschuldet. Die Disposition spielt keine so grosse Rolle, wie vielfach angenommen wird, nur dass die pathologischen Gewebe, wie z. B. bei Lupus und Sykosis, besonders empfindlich sein können. Da die Reaction auf Anwendung der X-Strahlen wochenlang auf sich warten lassen kann, empfiehlt es sich nicht, bis zur sichtbaren Wirkung zu bestrahlen, sondern die Behandlung vorher zeitig abzubrechen und ihr Ergebniss abzuwarten. Einige wenige, richtig ausgewählte Sitzungen genügen. Eine vorübergehende Reaction mit Haarausfall tritt in der Norm bei therapeutischen Eingriffen auf und muss erstrebt werden, falls man Erfolge erzielen will.

Nach Schiff wird das Hauptgebiet für Röntgen-Therapie von denjenigen Krankheiten eingenommen, für die sich eine Entfernung der Haare als zweckmässig erwiesen. Für Sykosis gibt es keine bessere Heilmethode. Die Behand-

lung derselben nimmt ca. 14 Tage in Anspruch. Die Recidive werden schnell beseitigt. Der Favus widersteht hartnäckiger den Strahlen, als die Bartflechte. Herpes tonsurans lässt sich schnell beseitigen. Bei Hypertrichosis gelingt es durch geeignete Nachcur, die Haare dauernd zu entfernen. Die Versuche mit Alopecia areata schlugen dem Redner fehl, doch überzeugte er sich an von anderer Seite vorgeführten Kranken von dem gelegentlichen Nutzen der Strahlen dabei.

Im Gegensatz zu Kienböck empfiehlt Schiff mit harten Strahlen, und zwar bis zum beginnenden Haarausfall zu behandeln. Der Nachtheil, dass dabei sehr viele Sitzungen nöthig werden, wird reichlich aufgewogen durch die geringere Gefahr für die Patienten und durch die Aussicht, das therapeutische Ziel ohne stärkere Reaction von Seiten der Haut zu erreichen.

Gröven hat durch histologische Untersuchungen festgestellt, dass bei Lupus und Skrophuloderma die gesunden Theile der Gewebe durch die Röntgen-Strahlen weniger geschädigt werden, als die kranken; Hyperämie mit lebhafter Auswanderung von Leukocyten, Vacuolenbildung, Zerfall der Zellen bilden dort die hauptsächlichsten degenerativen Vorgänge.

Hahn, der vor der Sitzung eine Reihe Patienten vorgestellt, spricht über Behandlung von Ekzem, Psoriasis, Akne und Prurigo mit X-Strahlen. In jedem Stadium des Ekzems beobachtete er günstigen Einfluss. Wenige Sitzungen genügen. Recidiviren die Ekzeme, so werden häufigere Bestrahlungen nöthig. Bei wiederholten Rückfällen kann schliesslich die Wirkung ausbleiben. Einige Male bildeten sich nach der Behandlung Teleangiektasien. Die Erfahrungen über Psoriasis sind noch nicht abgeschlossen. — Redner verfügt über sechs Fälle. — Das Gleiche gilt wohl für Akne und Prurigo, die beide aber sicher günstig beeinflusst werden.

Schürmayer sieht das schädliche Agens, das die Röntgen-Strahlen aussenden, nicht allein in den X-Strahlen, sondern auch in Begleitern derselben, wie „stillen Entladungen". Auch die „Secundärstrahlen", die überall dort entstehen, wo X-Strahlen auftreffen, spielen hierbei eine Rolle. Selbst hinter einer dicken Bleiplatte können schädliche Wirkungen auftreten. Leitet man aber die Platte zur Erde ab, so hören diese auf. Es genügt sogar eine dünne, zur Erde abgeleitete Aluminiumplatte zum Schutz.

Freund empfiehlt, wie Schiff, harte Röhren zur Behandlung zu benutzen. Er stellt sie in Entfernung von 15—25 cm vom Patienten. Ob man dafür weiche Röhren in grösserer Distanz anwenden soll, bleibe dahingestellt. Die Benutzung der weichen Röhren in geringerer Entfernung sei aber ein gefährliches Mittel. Redner, der über grosse Erfahrung verfügt, steht auch sonst auf dem von Schiff geäusserten Standpunkt.

In der folgenden Discussion treten Hahn und Holzknecht im Sinne von Kienböck für den Gebrauch der weichen Röhren ein. Dort, wo das kosmetische Resultat eine Rolle spielt, müssen die Röntgen-Strahlen mit besonderer Vorsicht angewandt werden, da entstellende Teleangiektasien auftreten können.

Holzknecht sah in einigen Fällen von Alopecie unzweifelhaften Erfolg. Die den Strahlen ausgesetzten Theile der erkrankten Kopfhaut bedeckten sich mit Haaren, während die gegen die Bestrahlung mit Bleiplatten bedeckten Partien kahl blieben. In einem Falle fielen die bestehenden Haare aus und

wuchsen neue auf den vorher kahlen Stellen! Bei einigen Alopecie-Kranken konnte auch Holzknecht keinen Erfolg erzielen. Hahn bestätigt, dass bei der Röntgen-Therapie dünne Stanniolmasken genügenden Schutz für die gesunde Haut gewähren, obwohl sie die Strahlen hindurchlassen.

Grummach berichtet, dass er gemeinsam mit Koch und Pfeifer die bactericide Wirkung der Röntgen-Strahlen geprüft und nur negative Resultate erhalten habe.

Schulze gibt bei der Behandlung des Lupus der Operation den Vorzug vor den Röntgen-Strahlen.

Bonnet zeigte Photographien, welche den Nutzen der Röntgen-Strahlen illustriren. Es befindet sich auch ein mit Arsonval-Strömen günstig behandelter Fall von Lupus darunter.

Strebel sprach über die Brauchbarkeit des Inductionsfunkenlichtes in der Therapie. Das dem Auge nur schwach erscheinende Licht eines zwischen den beiden Elektroden eines Inductors überspringenden Funkens enthält einen grossen Reichthum an ultravioletten Strahlen. In den Strebel'schen Apparaten befindet sich die Funkenstrecke in eine Kapsel eingeschlossen. Die beiden Elektroden sind ziemlich unbeweglich gegenüber. Parallel zur Funkenstrecke ist in der Kapsel ein Hohlspiegel, welcher die Strahlen kräftig reflectirt. Geradeüber davon ist eine Linse aus Quarz angebracht, durch welche die Strahlen hindurchgehen. Durch einen Blasebalg kann Luft durch die Kapsel getrieben und die nöthige Kühlung hervorgerufen werden. Denn die Quarzlinse soll gegen die Haut der Patienten gepresst werden, um das Strahlen absorbirende Blut möglichst zu verdrängen. Da das Funkenlicht fast frei von Wärmestrahlen ist, kann man es leicht kühl genug erhalten und an die Haut bringen, was bei dem gewöhnlichen Finsen-Licht nicht angeht. Die Wirkung wird erhöht, wenn der Inductor eine Leydener-Flasche passirt und die Funken mehrerer Inductoren in dazu eingerichteten Kapseln überspringen lässt.

Zum Einführen in die Körperhöhlen (Urethra, Vagina etc.) werden Apparate von zweckmässiger Form beschrieben und demonstrirt, durch welche wenige intensive Funken gesandt werden.

Das Büschellicht, das den Leitungsdrähten entstrahlt, hat nur geringe Kraft, grössere besitzt der Funke, welcher bei der Oeffnung des Wagner'schen Hammers überspringt. Röhren, welche so weit wie die Geissler'schen evacuirt sind, senden ein kühles, an ultravioletten Strahlen relativ reiches Licht aus. Solche Röhren können Stunden lang ohne Schaden in den Körperhöhlen liegen.

Die therapeutischen Versuche sind noch nicht abgeschlossen, ermuntern aber zur Fortsetzung. Sie erstreckten sich auf Erkrankungen der Haut und Urogenitalsphäre.

(Schluss folgt.)



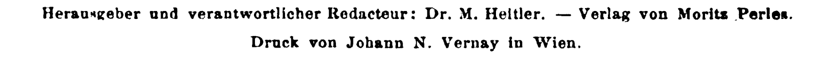
Bücher-Anzeigen.

Dr. A. Cloetta's Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. Zehnte, theilweise völlig umgearbeitete Auflage unter Zugrundelegung des Arzneibuches für das Deutsche Reich (vierte Ausgabe), sowie der Editio III der Pharmacopoea Helvetica, herausgegeben von Prof. Wilhelm Filchne in Breslau. Verlag von J. C. B. Mohr (Paul Siebeck). Tübingen und Leipzig 1901. Preis Mk. 6·50.

Nach einem kurzen Zeitraume erscheint die zehnte Auflage dieses vorzüglichen Lehrbuches. Man kann sagen, dass der grosse Stoff sich kaum kürzer und präciser behandeln lässt. Besonders hervorzuheben ist die strenge Kritik der Darstellung; der Schüler erfährt, was fester Besitz ist und er wird auf die Lücken unseres Wissens aufmerksam gemacht; es werden ihm dadurch Täuschungen erspart und er wird anderseits zum selbstständigen Denken angeregt. Die Arzneimittel sind nach den Indicationen eingetheilt, welche der gestellten Diagnose entsprechend erfüllt werden sollen; die Eintheilung ist gewiss zweckmässig und der Studirende, für den hauptsächlich das Buch geschrieben ist, wird sich hiebei am leichtesten orientiren können. Die Organsafttherapie, die Serumtherapie sind kurz und sehr klar dargestellt. Die neuen Arzneimittel sind ihrer therapeutischen Dignität entsprechend gewürdigt. Den Schluss bildet eine ausführliche Darstellung der Arzneiverordnungslehre. Das Buch sei nicht nur den Studirenden, sondern auch den Aerzten bestens empfohlen. Druck und Ausstattung sind vorzüglich.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von pathologischen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen. Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben von Prof. P. v. Baumgarten und Prof. F. Tangl. XV. Jahrgang 1899. Verlag von S. Hirzel. Leipzig 1901. Preis Mk. 28.

Mit diesem stattlichen Bande (1040 Seiten) kommt der XV. Jahrgang, welcher die Literatur des Jahres 1899 umfasst, zum Abschlusse. Der Jahresbericht zählt die hervorragendsten Fachgelehrten zu seinen Mitarbeitern und es ist selbstverständlich, dass die Sichtung der einschlägigen Arbeiten und die Berichte über dieselben eine vorzügliche ist. Die eingestreuten kritischen Bemerkungen der Referenten erhöhen den Werth der Referate. Der Band enthält das Autoren- und Sachregister. Druck und Ausstattung sind vorzüglich.


Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.

Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Therapie der Nebenhöhleneiterungen.

Von Dr. Moriz Weil,
Vorstand der I. Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten am Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien.

(Schluss.)

Wir gehen nun zur Besprechung der Therapie der chronischen Nebenhöhleneiterungen über. Die allgemeinen Grundsätze derselben haben wir schon oben in Kürze dargelegt, deren Anwendung kann aber wegen der grossen anatomischen Verschiedenheiten der einzelnen Nebenhöhlen, besonders wegen ihrer verschiedenen Zugänglichkeit nicht bei allen gleichmässig erfolgen; wir sehen uns deshalb genöthigt, jede Nebenhöhle besonders zu behandeln und wollen uns zunächst mit der wichtigsten, deren Erkrankung uns in der Praxis am häufigsten vorkommt, der Kieferhöhle befassen. Welche Wichtigkeit gerade dieser Theil unseres Themas hat, kann man schon daraus entnehmen, dass auch jetzt noch fast kein Jahrgang eines medicinischen Blattes, kein Band eines Archivs für Hals- und Nasenkrankheiten erscheint, in welchem nicht eine oder mehrere Arbeiten über die chronische Kieferhöhleneiterung zu finden wären. Wir wollen hier Allbekanntes nur in Kürze berühren und nur auf strittige oder bisher wenig bekannte Punkte näher eingehen.

Bekannt ist, dass das Ostium maxillare bei verschiedenen Personen verschieden leicht zugänglich ist. Schon vor vielen Jahrzehnten wurden vereinzelt Ausspülungen der Highmorshöhle durch deren natürliche Oeffnung vorgenommen, doch scheint es, dass Hartmann und Stoerk diese zuerst systematisch übten. Jedenfalls können wir uns der Ansicht Zuckerkandl's: „Durch das Infundibulum des mittleren Nasenganges in die Highmorshöhle eindringen zu wollen, — — halte ich in den meisten Fällen wohl für unausführbar" (Anatomie der Nasenhöhle etc., I. Bd., S. 303) durchaus nicht anschliessen. Gewöhnlich gelingt es in mehr als der Hälfte, oft in vier Fünfteln der Fälle, ein ent-

sprechend gekrümmtes Röhrchen auf den ersten Griff durch das Infundibulum in das Ostium maxillare einzuführen. Individualität des Arztes und Uebung spielen natürlich dabei (ähnlich wie z. B. bei Behandlung der Urethralstricturen) eine grosse Rolle; der Einfluss der letzteren wird sich am deutlichsten darin zeigen, dass man sich im Laufe der Jahre immer seltener zur Vornahme der Probepunction des Antrum genöthigt sieht.

In Bezug auf die Technik der Sondirung habe ich noch einige, wie mir scheint, nicht unwichtige Bemerkungen zu machen. Im Gegensatze zu Hajek (l. c. S. 88) benütze ich auch zur ersten Sondirung, resp. Ausspülung nur starre Röhrchen mit fixer Krümmung, aber natürlich nicht immer dasselbe. Ich habe etwa zehn Kieferhöhlenröhrchen von verschiedenem Caliber und verschiedener Länge und Krümmung des Schnabels im Gebrauch; bei einiger Uebung wird man schon nach Inspection und Sondirung der Nase beiläufig wissen, welches Röhrchen ohne Anstand in das Ostium gleiten wird. Dabei hat man den grossen Vortheil, dass man für jeden Patienten das ihm am besten passende Röhrchen gleich beibehalten kann. Allerdings ist bei dünnen Röhrchen und kurzem Schnabel nicht die Sicherheit gegeben, dass man auch wirklich im Ostium steckt; das ist aber nur dann von Wichtigkeit, wenn das Ergebniss der Ausspülung ein negatives ist und man mit Sicherheit beweisen soll, dass man richtig sondirt hat. Wenn aber der Eiter kommt, dann ist ja damit das praktische Gelingen des Unternehmens bewiesen, mag auch das Röhrchen nicht mit dem Ende im Innern des Antrum stecken, sondern seinen Strahl aus einigen Millimetern Distanz durch das Ostium hindurch in die Kieferhöhle entsenden.

Ein zweiter wichtiger Behelf besteht in der Markirung des Abstandes des Ostium maxillare von der Nasenspitze. Es passirt zuweilen, dass die Sondirung das eine Mal leicht gelungen ist, das andere Mal aber durchaus nicht gelingen will, weil der Schnabel des Röhrchens infolge der anatomischen Beschaffenheit des mittleren Nasenganges leichter in eine andere in der Nähe des Infundibulum befindliche Vertiefung der lateralen Nasenwand gleitet, als gerade in dieses, resp. das Ostium. Da ist es nun von grossem Vortheil, auf einen Millimeter genau zu wissen, wie tief man das Röhrchen — mit nach oben gerichtetem Schnabel — in den mittleren Nasengang einzuführen hat, bevor man den Versuch macht, den Schnabel nach aussen umzulegen, um ihn in das Ostium zu

dirigiren. Ich messe deshalb sofort nach jeder gelungenen Sondirung die Entfernung (in der Luftlinie) vom Ende des Röhrchens bis zu der Stelle, wo es unter der Nasenspitze des Patienten hervortritt und notire dieselbe oder lasse sie vom Patienten selbst merken (sie variirt meist zwischen 59 und 70 mm, in Ausnahmsfällen fand ich schon 54 und 85 mm; das hängt ja auch von der Länge der Nase ab). Um nun bei neuerlicher Sondirung diese Distanz zu markiren, habe ich vor vielen Jahren ein auf dem Röhrchen verschiebbares, mittelst Schraube festzustellendes Plättchen verwendet, musste dasselbe aber bald wieder aufgeben, da die dünnwandigen Röhrchen durch die Schraube eingedrückt und unbrauchbar gemacht wurden. Eine Markirung durch einen festgeknüpften Faden ist gut anwendbar, aber unreinlich, weil der herabfliessende Schleim und Eiter gerne an dem Faden hängen bleibt. Schliesslich verfiel ich darauf, an den Röhrchen feine, ringförmige Marken in Abständen von je 1 cm (von 6 bis 9 oder 10 cm Entfernung von der Spitze an) anbringen zu lassen; die Millimeter zwischen zwei Marken muss man dabei mit den Augen abschätzen. Solche Röhrchen habe ich vor mehreren Jahren in der Wiener laryngologischen Gesellschaft demonstrirt und sie sind seither bei einigen hiesigen Instrumentenmachern zu haben. Wie werthvoll solche kleine Kunstgriffe sein können, konnte ich manchmal erfahren, wenn ich einem Collegen in der Ferne einen Fall zur conservativen Behandlung zu überweisen Gelegenheit hatte; mit dem dem Kranken mitgegebenen Röhrchen, an welchem dann natürlich nur e i n e Marke angebracht war, konnte die Sondirung und Ausspülung ohne Anstand ausgeführt werden.

Durch solche einfache Ausspülungen (mit beliebigen Medicamenten, aber auch bloss mit lauem Wasser) werden nun zweifellos zahlreiche chronische Antrumempyeme dauernd geheilt, nach den Angaben verschiedener Autoren (R o t h, R é t h i u. A.) 40—50 % der Fälle, nach meinen eigenen Erfahrungen noch bedeutend mehr. Die Dauer der Behandlung schwankt ganz ausserordentlich, von einigen Tagen bis zu mehreren Monaten und selbst 1—2 Jahren und darüber. Ich selbst habe Heilungen schon nach 5—7 Ausspülungen gesehen und gut verbürgt sind sogar solche nach einer einzigen Ausspülung. Solche Angaben beruhen nicht etwa, wie Manche meinen, immer auf Täuschung, temporärer Sistirung der Secretion und nicht genügend langer Beobachtung, sondern darauf, dass es sich in diesen Fällen eben um spontan

abgelaufene Entzündung mit secundärer „Fremdkörpereiterung" in dem oben dargelegten Sinne gehandelt hat, wo nur mechanische Entfernung des angesammelten Eiters nothwendig war, um sofort einen normalen Zustand der Kieferhöhle herzustellen.

Wenn also ein Autor über Fälle berichtet, welche nach einer operativen Eröffnung irgend welcher Art in auffallend kurzer Zeit geheilt sind, so muss ich nach den obigen Ausführungen die Ansicht aussprechen, dass diese Fälle bei einfachen Ausspülungen durch die natürliche Oeffnung mindestens in eben derselben Zeit geheilt wären, wahrscheinlich aber noch rascher, weil ja dann die jedenfalls eine Verzögerung der Heilung bewirkende Operationsverletzung entfallen wäre.

Man hat ja vielfach versucht, Anhaltspunkte zu gewinnen, um beurtheilen zu können, ob ein vorliegender Fall rasch heilen oder sich als hartnäckig erweisen werde. Grünwald hat in seinem beachtenswerthen Buche (Die Lehre von den Naseneiterungen, II. Bd., 1896, S. 199) neben der nicht zu langen Dauer besonders den dentalen Ursprung als prognostisch günstiges Moment hingestellt. In einer neueren im Gegensatze zu seiner früheren Operationslust durch auffallend gemässigte Schlussfolgerungen sich auszeichnenden Arbeit (Zur Heilbarkeit der Kieferhöhlenentzündungen. Fränkel's Arch. f. Lar., Bd. IX, 1899, S. 439) sucht Grünwald in der Höhe des Ostium maxillare einen Anhaltspunkt zu finden und rechnet, auf seine Statistik und auf die nach der Aufmeisselung gewonnenen Befunde gestützt, die Fälle mit hochliegendem Ostium zu den prognostisch ungünstigeren, die mit tiefliegendem Ostium zu den günstigeren, indem er meint, dass die secundären Schleimhautveränderungen, welche ja die Hauptursache der Langwierigkeit der Eiterung sind, bei ersteren infolge der grösseren Schwierigkeit des Eiterabflusses in höherem Grade entwickelt sind, als bei letzteren, was ja ganz gut denkbar ist. —

Diese secundären Veränderungen (einfache Schleimhautverdickungen, papilläre Hypertrophien, Polypen, Cysten, Granulationswucherungen, Geschwürsbildungen, sowie die allerdings zum mindesten bezüglich ihrer Häufigkeit vielfach angezweifelte Caries der knöchernen Wandung) sind es ja, auf welche, wenn sie nach breiter Eröffnung der Kieferhöhle vorgefunden werden, immer wieder hingewiesen wird zur Begründung der Behauptung, dass solche Fälle ohne radicale Operation unmöglich hätten heilen

können. Ich muss mir auf Grund meiner zwölfjährigen Erfahrung auch hier erlauben, eine andere Ansicht zu entwickeln.

Ich habe schon vor fünf Jahren in meiner erwähnten Arbeit (S.-A. S. 30) gezeigt, wie man durch systematische Messung des jedesmal aus der ganz gefüllten Kieferhöhle ausgespülten Eiters den Beweis liefern kann, dass im Verlaufe der conservativen Behandlung das Volumen der Höhle allmälig zunimmt. In einzelnen schweren Fällen fand ich am Beginne der Behandlung 3—4 cm^3 Eiter und nach mehreren Monaten 12—13 cm^3 und mehr. Um soviel muss also das Volumen der Schleimhaut des Antrum abgenommen, in diesem Masse muss ihre Schwellung, Infiltration, Wucherung oder wie sonst man es nennen mag, sich zurückgebildet haben. Da der Eiter ja nicht immer gleich dick ist, sind diese durch Sedimentirenlassen des ganzen Spülwassers im Messglase gewonnenen Zahlen natürlich nur annähernd genau. Ich bin jedoch einer Methode auf der Spur, welche mir gestatten wird, den Kubikinhalt der Kieferhöhle am Lebenden jederzeit genau zu bestimmen und dann werde ich ganz exacte Resultate gewinnen können.

Ferner habe ich in mehreren Fällen beobachtet, dass polypoide Wucherungen an der mittleren Muschel und ein wohlausgebildeter lateraler Schleimhautwulst, wie er von Kaufmann zuerst beschrieben wurde und allgemein mit der Highmorshöhleneiterung ätiologisch in Verbindung gebracht wird, im Laufe der Behandlung spontan vollständig geschwunden sind, weil der Reiz des fortwährend fliessenden Eiters, der sie erzeugt hatte, beseitigt war. Man ist daher wohl zu der Vermuthung berechtigt, dass im Verlaufe der Behandlung der gleiche Vorgang auch im Innern der Kieferhöhle sich abspielt und die Ergebnisse der anatomischen Untersuchungen bestätigen diese Vermuthung nach jeder Richtung hin. Die Besprechung der zahlreichen Details, die hauptsächlich bei Zuckerkandl, aber auch bei vielen anderen Autoren — ich nenne hier nur Dmochowski (Arch. f. Lar., Bd. III, 1895), Eug. Fränkel (Virchow's Arch. Bd. 143) und neuestens Wertheim (Arch. f. Lar., Bd. XI, 1900) — sich finden, behalte ich mir für einen anderen Ort vor, da sie nur für Specialcollegen Interesse haben, und führe hier nur zusammenfassend Folgendes an: Man findet auf das 8—10fache verdickte Schleimhaut, Polypen und besonders häufig Cysten in nicht secernirenden Kieferhöhlen; diese Gebilde sind aber Residuen abgelaufener Ent-

zündung und ihre Anwesenheit hat demnach diese Empyeme nicht verhindert, spontan zu heilen. Man findet ferner nicht selten membranöse Stränge im Innern der Kieferhöhle von einer Wand zur anderen frei ausgespannt, sogar mit daran hängenden Polypen; hier war einmal so intensive Schleimhautschwellung vorhanden, dass zwei gegenüberliegende Flächen einander berührten, ulcerirten und miteinander verwuchsen — und selbst so heftige Entzündungsprocesse konnten spontan heilen. Es ist also nicht einzusehen, warum dort, wo durch den Mangel des Eiterabflusses die Spontanheilung gehindert war, diese Rückbildungsvorgänge nicht infolge der conservativen Behandlung doch noch, wenn auch sehr langsam, selbst im Laufe von 1—2 Jahren, eintreten sollten.

Ich muss demnach die Meinung aussprechen, dass keinerlei anatomischer Befund (ausgedehnte Caries oder drohende Perforation etwa ausgenommen) die Unmöglichkeit der Heilung bei einfacher conservativer Behandlung involvirt und muss daher die Forderung aufstellen, dass in jedem Falle chronischer Kieferhöhleneiterung zunächst die conservative Behandlung versucht werden muss. In welcher Weise dies am zweckmässigsten geschieht, wollen wir im Folgenden darlegen.

Man hat dieser Methode immer — und mit Recht — vorgeworfen, dass bei ihr die Kranken an den Arzt gebunden sind und Fremde sich unmöglich unbestimmt lange Zeit am Wohnorte des Specialisten aufhalten können; auch Ortsbewohnern, ob arm oder reich, wäre es nicht zuzumuthen, sich Monate hindurch täglich oder auch nur jeden 2. oder 3. Tag beim Arzte einzufinden. In dem Bestreben, diesen Uebelstand zu beseitigen, bemühte ich mich, die Kranken in der Selbsteinführung des Spülröhrchens in das Ostium maxillare zu unterrichten und habe schon 1895 (Wien. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 16) und 1899 (Ibid. 1899, Nr. 28) solche Fälle in der Wiener laryngologischen Gesellschaft vorgestellt. In meiner erwähnten Arbeit, in der das Verfahren genau beschrieben und ein derartiges Röhrchen abgebildet ist, konnte ich nur über drei solche Fälle berichten, jetzt beträgt ihre Zahl schon über 20, von denen die überwiegende Mehrzahl noch unter meiner Controle geheilt ist; einige sind meinem Gesichtskreise entschwunden.

Der oben erwähnte, 1899 demonstrirte Fall betraf einen

31jährigen schwächlichen Mann, dem schon $1^1/_2$ Jahre vorher die Operation nach Desault-Küster und später von anderer Seite die nach Cooper vorgeschlagen worden war; die Diagnose war beidemale durch Probepunction gemacht worden. Die Ausspülung durch das Ostium maxillare gelang sehr leicht und wurde dann im Laufe von zwei Monaten in 2—5tägigen Intervallen etwa 25mal vorgenommen; da es aber dabei nicht besser werden wollte, unterwies ich den Kranken in der Selbstausspülung, die er in einigen Sitzungen erlernte (dabei war der mittlere Nasengang keineswegs ungewöhnlich weit), und als er sich dann täglich zweimal ausspülte, war die Secretion nach acht Tagen verschwunden und Patient ist bis heute geheilt geblieben — ohne den geringsten operativen Eingriff von meiner Seite. Solche Fälle habe ich noch mehrere zu verzeichnen.

Hajek erwähnt in seinem sonst so ausführlichen Buche (S. 99) dieses Verfahren nur ganz nebenher und macht dazu die Anmerkung: „Ein Vorgehen, das mir durchaus unsympathisch ist, da ich es aus verschiedenen Gründen nicht richtig finde, dass die Patienten selbst mit einer Canule in ihrer Nase manipuliren.“ Ich bedauere lebhaft, dass Hajek die Angabe dieser verschiedenen Gründe unterlassen hat; ich wäre sehr begierig gewesen, sie kennen zu lernen.

Zuweilen stellen sich aber diesem Verfahren die bekannten anatomischen Schwierigkeiten entgegen und da erleichtert man sich die Sache ungemein durch eine entsprechende Resection der mittleren Muschel, einen nur geringe Schmerzen verursachenden, fast unblutigen Eingriff, dessen Spuren nach wenigen Tagen verschwunden sind und nach welchem das Infundibulum nicht mehr von der mittleren Muschel bedeckt ist, sondern frei in die Nasenhöhle sieht. Ich mache diese kleine Operation meist nur zu dem Zwecke, den Kranken die Erlernung der Selbstausspülung möglichst rasch zu ermöglichen, manchmal aber auch, um mir selbst die Sondirung des Ostium maxillare möglich zu machen.

Ein Paradigma für die Fälle dieser Art bietet eine 30jährige Frau, welche mir im April 1900 von Herrn Spitalsdirector Dr. Munk in Witkowitz zugewiesen wurde. Bei dieser bestand ein fötides Empyem der rechten Highmorshöhle seit mindestens sechs Jahren. Die Sondirung gelang auf den ersten Griff; täglich einmalige Ausspülung brachte schon nach zehn Tagen erhebliche Besserung, aber keine Aussicht auf baldige Heilung. Da der mitt-

lere Nasengang ziemlich enge war, resecirte ich die vordere Partie der mittleren Muschel in etwa $^1/_2$ cm^2 Ausdehnung und vier Tage später konnte Patientin schon beim ersten Versuche das für sie angefertigte Spülröhrchen in das Ostium maxillare einführen. Weiterhin Selbstbehandlung, nur in mehrmonatlichen Intervallen im Ganzen drei Injectionen von 12%iger Lapislösung. Mehrmals temporäres Cessiren der Secretion und neuerliches Auftreten derselben nach Schnupfen. Heilung seit Februar 1901.

Grossen Nutzen bringen bei langsam heilenden Fällen zeitweilige Einspritzungen von Lapislösung in das Antrum. Hajek hat ursprünglich 5%ige und später 10%ige Lösung empfohlen; ich bin immer mehr gestiegen und wende jetzt mit Vorliebe 30%ige an, würde mich aber gar nicht bedenken, noch stärkere zu nehmen, da wir ja doch schlecht heilende Geschwüre an der Haut oder den Schleimhäuten im Allgemeinen mit Lapis in Substanz behandeln. Bei conservativer Behandlung liegt da gar kein Hinderniss vor, da die ganze eingespritzte Flüssigkeit im Antrum bleibt und bei kunstgerechter Ausführung nicht ein Tropfen in die Nase gelangt, wo stärkere Lösungen allerdings höchst unangenehm werden könnten.

Die oben erwähnten Schwierigkeiten, welche sich oft dem conservativen Verfahren entgegenstellen, bei vielen Collegen ein gewisses unbegründetes Vorurtheil gegen dasselbe (Grünwald z. B. erklärt [Naseneiterungen 1896, S. 198] mit Emphase, dass er es nie auch nur versucht habe!), welches allerdings durch die Art und Weise, wie es in vielen der betreffenden Vorlesungen und Curse behandelt wird, einigermassen erklärlich erscheint, sowie endlich der Umstand, dass ja in der vorrhinologischen Zeit die Behandlung der chronischen Kieferhöhleneiterungen — allerdings waren dies meist Fälle anderer Art — in den Händen der Chirurgen lag, haben seit jeher Veranlassung dazu gegeben, die operative Eröffnung der Kieferhöhle vorzunehmen, um dem Operateur einen Zugang zu schaffen und weiterhin, um den Kranken die Selbstausspülung zu ermöglichen. Die verschiedenen Methoden der Eröffnung kann ich als bekannt voraussetzen: durch den Processus alveolaris (Cooper), von der Fossa canina aus (Desault und später Küster), von der lateralen Nasenwand her u. zw. durch den mittleren Nasengang (Hartmann, Zuckerkandl) oder durch den unteren Nasengang (Mikulicz, Krause).

Die beiden ersteren Methoden, welche am allermeisten geübt werden, weil sie in Bezug auf die Zugänglichkeit der Oeffnung sowohl für den Operateur, als für den Patienten die bequemsten sind, haben grosse Uebelstände gemeinsam:

Erstens, dass sie eine bedeutende Knochenverletzung setzen und durch die Granulationswucherung und die Tendenz der Oeffnung zur Verengerung häufige Nachoperationen (Aetzungen, Auskratzungen, Dilatationen) nothwendig machen und dass das Tragen der Prothesen und selbst das Einführen der Spülröhrchen häufig sehr schmerzhaft ist und manchmal nicht einmal durch Cocaïnisiren schmerzlos gemacht werden kann.

Zweitens, dass bei ihnen eine Communication zwischen Kieferhöhle und Mundhöhle hergestellt wird, wobei trotz aller Prothesen Eiter in den Mund und Speisen und Getränke in die Kieferhöhle und selbst in die Nase gelangen, was jedenfalls lästig und ekelhaft ist und durch die häufige Verunreinigung der Kieferhöhle dem Heilungsprocesse keinesfalls förderlich sein kann. Killian (Heymann's Handbuch III., S. 1070) meint zwar: „Die Ueberzeugung, dass die Communication des Antrum mit dem Munde nicht an der Verzögerung der Heilung schuld sein kann, dürfte sich jetzt doch genügend Bahn gebrochen haben", allein ich möchte dem entgegen nur folgende Beobachtung anführen. Ich sah im Vorjahre ein nach Cooper operirtes junges Mädchen, bei dem vier Monate lang keine Spur von Secret mehr gekommen war, so dass ich daran gehen wollte, die längst epithelisirte Fistel anzufrischen und zuwachsen zu lassen; da bekam Patientin eine Angina lacunaris und im Anschlusse daran eine Recidive der Antrumeiterung von zweimonatlicher Dauer.

Drittens kommt noch ein Uebelstand dazu, den ich für den wichtigsten ansehe, nämlich, dass die Kranken sehr häufig dazu verurtheilt sind, die Oeffnung dauernd zu behalten und die Prothese bis an ihr Lebensende zu tragen — aus Furcht vor Recidive. Ich sah mehrere Fälle, welche einige Jahre nach operativer Eröffnung und Heilung ihres Empyems Recidive bekommen hatten. War ich so glücklich, das Ostium maxillare sofort sondiren zu können, so ging es ja gut; gelang dies aber nicht und wollte ich einen kleinen Eingriff vornehmen (Probepunction, eventuell Resection der mittleren Muschel), so — liefen die Kranken davon, ein Beweis, dass ihnen die erste Operation sammt Nachbehandlung kaum in ange-

nehmer Erinnerung geblieben sein dürfte. Ich habe in meiner ersten Arbeit (S.-A. S. 34) diese Frage direct aufgeworfen und in keinem Buche eine Antwort darauf gefunden, auch in Heymann's Handbuch und in der sonst in allen Details so ausführlichen Monographie Hajek's nicht. Da man den Kranken nicht versprechen kann, sie würden keine Recidive bekommen, namentlich, wenn man schon im Laufe längerer Behandlung secretionsfreie Intervalle gesehen hatte, so ist es eigentlich rationeller, die Oeffnung persistiren zu lassen.

Wie einfach stellt sich dagegen die Sache bei conservativer Behandlung dar! Ich sah im Vorjahre einen Herrn, den ich vor zehn Jahren von seinem chronischen Antrumempyem geheilt hatte (in meiner oft citirten Arbeit als Fall I beschrieben). Er hatte nach Influenza heftige Kopf- und Nasenbeschwerden behalten und ich fand eine doppelseitige Kieferhöhleneiterung, die nach zehn Ausspülungen geheilt war.

Manche meiner Kranken, die ich in der Selbstbehandlung unterrichtet hatte, spülen sich nach Monaten halb aus Neugierde wieder einmal aus, immer aber nach jedem Schnupfen, „um es nicht einreissen zu lassen". Oft genug finden sie dann wieder etwas Schleim in der Kieferhöhle.

Ich habe von Anfang an den oben geschilderten Uebelständen viel mehr Gewicht beilegen müssen, als dies allgemein geschieht, und mich deshalb noch niemals entschliessen können, die Kieferhöhle vom Munde her anzubohren oder aufzumeisseln. Fälle, in denen bei Extraction einer schlechten Zahnwurzel die Kieferhöhle eröffnet wurde, habe ich natürlich durch diese Oeffnung spülen lassen. Wenn ich aber infolge ungewöhnlicher anatomischer Schwierigkeiten dennoch operiren musste (bisher in sieben Fällen, einmal doppelseitig), habe ich nur mit dem Krause'schen Troicart eine Oeffnung im unteren Nasengange gemacht; denn diese Methode kommt in ihrem Effecte und in der Nachbehandlung der conservativen Methode am nächsten. Man hat auch von ihr behauptet, dass sie die Selbstbehandlung der Kranken nur selten (Hajek, Killian) oder gar nicht ermöglichen lasse (M. Schmidt und neuerlich wieder Alsen in Fränkel's Arch. f. Lar. Bd. XII, 1901). Englische Autoren, die diese Operation öfter ausführen, sind anderer Ansicht, erleichtern sich aber allerdings die Sache ausserordentlich durch ausgiebige Resection, man kann fast sagen, Exstir-

pation der unteren Muschel, die ich nicht nur für durchaus nicht gleichgiltig, sondern auch für überflüssig halte. Ich habe in den letzten Jahren vier so operirte Fälle in der Selbstbehandlung durch die angelegte Oeffnung unterwiesen und alle vier sind geheilt. In einem besonders schwierigen Falle dauerte der Unterricht drei Wochen und konnte nur mit Hilfe eines von mir aus gekneteten Brotkrumen angefertigten Modells zum günstigen Ende geführt werden; die Kranke, eine junge Frau mit tadellosem Gebisse, der von anderer Seite nur die Wahl zwischen der Eröffnung nach Cooper und nach Desault-Küster gelassen worden war, war überglücklich, dass diese Operationen umgangen werden konnten. Im gegebenen Falle würde ich mir die Sache doch etwas erleichtern und an der Stelle, wo der Troicart unter der unteren Muschel hervorkommt, einen kleinen Zwickel aus dem Rande der Muschel ausschneiden, womit die Eingangspforte für den Conductor markirt wäre. Eine ähnliche Pforte bildet sich auch bei längerer Behandlung spontan, gewissermassen durch Decubitus. Réthi hat angegeben (Wien. med. Presse 1896, Nr. 16), dass einige seiner Kranken durch die im mittleren Nasengange angelegte Oeffnung die Ausspülungen selbst vornehmen konnten.

Ich habe aber auch beobachtet, dass in drei von diesen vier Fällen die angelegte Oeffnung dauernd erhalten blieb; in dem vierten, den ich zuletzt nicht mehr untersuchen konnte, ist mir dies mindestens sehr wahrscheinlich. Dies ist also wieder ein grosser Vortheil für die Kranken, welche von dieser Oeffnung keinerlei Unannehmlichkeit haben, sie aber bei Verdacht auf Recidive jederzeit wieder zur Ausspülung ihrer Kieferhöhle benützen können.

Ueber die verschiedenen Methoden der Radicaloperation kann ich mich, der Bestimmung dieser Arbeit entsprechend, kurz fassen. Gemeinsam haben sie alle die Tendenz, durch breite Eröffnung sich Einblick in das Innere der Kieferhöhle zu verschaffen, sogar eine Abtastung ihrer Wände mit dem Finger zu ermöglichen und durch Auskratzung der gesammten Schleimhaut oder wenigstens der hochgradig erkrankten Partien derselben das Wiederauftreten des Eiterungsprocesses dauernd zu verhindern. Diese breite Eröffnung kann von der Fossa canina, oder von der Nase aus, oder von beiden Seiten her erfolgen; letzteres geschieht hauptsächlich zu dem Zwecke, um durch Hineintamponiren der Schleim-

haut von der Nase her in die Höhle, wie es auch von der Wange her vorgenommen wird, einen Theil des nach Auskratzung der Schleimhaut der Kieferhöhle blossliegenden Knochens zu decken und für den Rest die Uebernarbung zu erleichtern. Dies sind fast durchwegs schon schwerere Operationen, welche eine Narkose von einstündiger und längerer Dauer erfordern, bedeutenden Blutverlust verursachen und, was ich besonders hervorheben möchte, eine dauernde Verstümmelung des Gesichtsskelets setzen, welche, falls sie sich später dem Patienten als lästig oder schädlich erweisen sollte, nicht mehr reparirt werden kann. Zudem erfordern sie eine vielmonatliche, oft 1—2 jährige Nachbehandlung und die percentuellen Heilungsresultate sind keine guten, keinesfalls bessere, als die der conservativen oder irgend einer halbconservativen Methode. Und wenn thatsächlich eine Heilung erfolgt, dann ist es eine solche in dem Sinne, in welchem eine Caries der Handwurzel durch — Amputation des Vorderarmes geheilt wird. Dass dies unser Ziel nicht sein kann, sondern dass wir, wenn irgend möglich, eine Restitutio ad integrum herzustellen wenigstens versuchen müssen, ist ja klar.

Theoretisch gut erdacht und, wie es bisher scheint, auch praktisch bessere Resultate liefernd, scheint mir die Methode von Caldwell und Luc zu sein: breite Eröffnung von vorne, Auskratzung, Ausätzung, Anlegung einer breiten Oeffnung in die Nase (Modificationen: in den unteren, in den mittleren Nasengang oder in beide mit partieller Exstirpation der unteren Muschel) behufs Drainage und dauernder Offenhaltung der Höhle und sofortige Vernähung der Wunde in der Fossa canina. Hiebei wird wenigstens ein Hauptübelstand, die dauernde Communication mit der Mundhöhle, vermieden. Weitere Erfahrungen werden lehren müssen, ob nicht auch hier scheinbare Heilungen häufiger und langwierige Nachbehandlungen öfter nöthig sein werden, als bisher berichtet wird. Killian (Heymann's Handbuch, III., S. 1070) meint wenigstens, dass der sofortige Verschluss der vorderen Oeffnung ein directer Fehler sei, weil man dann die Nachbehandlung von der ungünstiger gelegenen nasalen Gegenöffnung aus leiten müsse. Andere Autoren sind allerdings der Ansicht, dass man in geeigneten Fällen sogar die ganze Behandlung von der Nasenöffnung aus vornehmen könne und die Oeffnung in der Fossa canina überhaupt unnöthig sei.

All diesen Methoden gegenüber kann ich zunächst nur den

einen Standpunkt geltend machen: wir haben gar kein Recht, neugierig zu sein, wie es im Innern der Kieferhöhle aussieht, so lange wir keinen Grund dazu haben und da gibt es nur einen einzigen, nämlich den, dass das Empyem bei conservativer Behandlung durchaus nicht heilen will. Und wir haben auch kein Recht, dem Kranken sofort eine Radicaloperation vorzuschlagen, bevor wir eine conservative Behandlung genügend lange Zeit hindurch (ich verstehe darunter 1—2 Jahre) versucht haben. Der Umstand, dass Patienten aus weiter Ferne kommen und wenig Zeit haben, was so gerne als Argument zur Rechtfertigung des Nisus operativus geltend gemacht wird, darf dabei durchaus nicht in die Waagschale fallen, umsoweniger, als wir ja, wie ich oben gezeigt habe, auch bei der Behandlung durch das Ostium maxillare, eventuell durch den unteren Nasengang, die Kranken in 2—3 Wochen der Selbstbehandlung zuführen und vom Specialisten unabhängig machen können, anderseits nach radicaler Operation den Kranken eine Heilung und gar eine solche ohne Nachbehandlung auch nicht annähernd mit Sicherheit zu versprechen in der Lage sind.

Die chronische Eiterung der Stirnhöhle wird im Allgemeinen von denselben Gesichtspunkten aus zu betrachten sein, wie die der Kieferhöhle: conservative Behandlung, bestehend in Ausspülungen durch den Ductus nasofrontalis, eventuell zeitweiligen Lapisinjectionen, und operative Behandlung, Eröffnung von aussen her mit nachträglicher, mehr oder minder radicaler Behandlung des Innern der Stirnhöhle.

Da bei der Stirnhöhle die Abflussbedingungen für das Secret im Allgemeinen sehr günstige sind, eventuell durch Resection der mittleren Muschel oder auch des Processus uncinatus günstig gestaltet werden können, braucht man an eine tägliche oder gar täglich mehrmalige Ausspülung derselben nicht zu denken; alle 2—3 Tage zu spülen ist meistens genügend. Ich habe zuweilen eine Kieferhöhle täglich und die gleichzeitig erkrankte Stirnhöhle nur einmal wöchentlich ausgespült und dabei beide ziemlich gleichzeitig zur Heilung gebracht. Auch braucht man nicht so sehr auf vollständige Sistirung der Secretion hinzuarbeiten, wie bei der Kieferhöhle; ist einmal nur wenig schleimiges Secret da und der freie Abfluss hergestellt, so wird der Patient höchstens etwas mehr schneuzen und sonst keinerlei Beschwerden haben. Zur Technik der Ausspülung bemerke ich nur, dass ich für die Stirn-

höhle mit Röhrchen, deren Krümmung in zwei auf einander senkrechten Ebenen liegt, leichter zu arbeiten glaube; der Schnabel sieht nach oben, der Griff nach der Linken des Patienten und ersterer wird durch Rollbewegungen dirigirt, welche mit Daumen und Zeigefinger der rechten Hand ausgeführt werden.

Patienten in der Selbstausspülung ihrer Stirnhöhle zu unterrichten ist bei weitem Ductus nasofrontalis wohl nicht schwer. aber gerade da nicht nothwendig; bei engem Gange aber ausserordentlich schwierig. Es ist mir einmal bei einem jungen Mädchen aus Böhmen gelungen, wo die heftigen Kopfschmerzen sofort nach Resection der mittleren Muschel geschwunden, die Secretion aber profus geblieben war; das weitere Schicksal des Falles ist mir unbekannt. Leichter ist es natürlich, wenn eine künstliche Verbindung von der Stirnhöhle her nach der Nase hergestellt worden war; Panzer hat vor Jahren einmal einen solchen Fall hier demonstrirt.

Eine Reihe von Fällen heilt auf diese Weise wirklich vollständig aus, eine andere relativ, wie oben erwähnt. Manche bekommen nach jedem Schnupfen neuerlich heftige Kopfschmerzen, die auf 1—2 Ausspülungen wieder verschwinden; wenn die beschwerdefreien Intervalle mehrere Monate oder gar ein Jahr und darüber betragen, sind die Patienten mit dem Zustande zufrieden und der Arzt kann es auch sein. Ich habe bisher keine Veranlassung gehabt, eine Stirnhöhle von aussen aufzumachen, obwohl ich bei einigen schon nahe daran war. Zu beachten ist, dass solche Kranke Alkoholica am besten vollständig vermeiden und für Regelung des Stuhlganges Sorge tragen müssen.

Eröffnungen der Stirnhöhle von der Nase aus sind mehrfach versucht worden, haben aber keine Verbreitung erlangen können, da sie äusserst gefährlich sind und thatsächlich schon mehrmals durch Perforation der Lamina cribrosa und Meningitis den Tod herbeigeführt haben. Wie viele solche Fälle unbekannt geblieben sind, davon hat natürlich Niemand eine Ahnung. Die Anwendung von Röntgen-Strahlen bei dieser Manipulation (Spiess) macht sie nur interessanter, aber kaum weniger gefährlich.

Die Eröffnung von aussen ist bei hartnäckigem, quälendem Kopfschmerze nach erfolgloser conservativer Behandlung, sowie bei Auftreten meningealer oder orbitaler Symptome indicirt. Ihre Methodik ist nicht so complicirt, wie bei der Kieferhöhle, da es sich nur um die Wahl zwischen vorderer und unterer Wand

handelt. Es gibt verschiedene Schnittführungen; am beliebtesten ist die nach Kuhnt durch den Augenbrauenbogen, wo die Narbe oft kaum sichtbar ist. Weiter handelt es sich um Variationen, ob die Schleimhaut zum Theile oder vollständig ausgekratzt werden soll, ob dann, um die Verödung der Stirnhöhle zu ermöglichen, mehr oder minder grosse Theile der vorderen oder der unteren Sinuswand oder gar beider weggenommen werden sollen, was allemal eine tief eingezogene, hässliche Narbe gibt; ob längere Zeit nach aussen drainirt oder die äussere Wunde sofort geschlossen und die Drainage nach der Nase zu hergestellt werden soll — Modificationen, die wohl immer nur im Einzelfalle nach Feststellung des Befundes im Innern der Stirnhöhle angewendet werden können. Scheinheilungen mit baldigen Recidiven, sowie hartnäckige äussere Fisteln, die unter Umständen sogar die bürgerliche Existenz des Patienten gefährden können, sind nach solchen Operationen häufig beobachtet worden.

Bezüglich der Keilbeinhöhle liegen die Verhältnisse viel einfacher, eigentlich, abgesehen von der Zeitdauer, nicht viel anders, als oben bei Besprechung der acuten Sinusitis sphenoidalis dargelegt wurde. Man hat die Wahl zwischen Sondirung des Ostium sphenoidale oder Perforation der vorderen Wand der Höhle — beides zum Zwecke der Vornahme systematischer Spülungen und Aetzungen — einerseits, und anderseits der breiten Eröffnung von der Vorderwand her, eventuell durch Vergrösserung des Ostium, behufs Tamponade, Aetzung und eventuell Auskratzung der Schleimhaut. Ist die Fissura olfactoria sehr eng, so kann man sich durch entsprechende Resection des hinteren Theiles der mittleren Muschel Raum schaffen; anderseits ist die mehrfach aufgestellte Forderung, dass man dies thun müsse, um die Herkunft des Eiters aus dem Ostium sphenoidale direct zu beobachten, nach meiner Meinung vollständig ungerechtfertigt, denn man kann oft die Keilbeinhöhle bloss dem Gefühle nach mit aller Sicherheit sondiren, ausspülen und heilen, ohne bis zum Sulcus spheno-ethmoidalis sehen zu können. Bei sichtbarer Oeffnung habe ich die Höhle wiederholt mit Trichloressigsäure ausgeätzt — mit grossem Nutzen und ohne die geringste Reaction von Seite der Patienten; anderseits habe ich vor einigen Jahren in einem schweren Falle combinirter Eiterung nach Injection 12 % iger Lapislösung, die ich bei derselben Patientin schon mehrmals ohne Anstand vorgenommen hatte, wiederholtes Erbrechen

und schweren Collaps auftreten sehen. Natürlich habe ich die Behandlung nicht fortgesetzt; die gefürchtete Meningitis ist aber bis heute ausgeblieben. Auskratzung und Tamponade hat aber in solchen Fällen wiederholt zum Exitus letalis geführt und man darf dann nicht einfach sagen, man habe nur das Unglück gehabt, eine latente Meningitis zum Ausbruche gebracht zu haben; denn wir kennen die Schutzvorrichtungen der Natur nicht, durch welche sie den in die Tiefe greifenden Process doch noch von den Meningen abzuhalten vermag.

Die Behandlung der chronischen Siebbeineiterungen gehört bekanntlich zu den schwierigsten und mühevollsten Aufgaben des Rhinologen, u. zw. infolge der anatomischen Verhältnisse. Kein Fall gleicht dem anderen; häufig findet man zahlreiche kleine Zellen, von denen manche so versteckt sind, dass sie dem Auge und den Instrumenten kaum zugänglich sind. Eine rein conservative Behandlung — ohne jegliche Operation — wird deshalb hier kaum jemals möglich sein. Im Allgemeinen gilt hier der Grundsatz: man gehe dem Eiter nach, lege überall seinen Abfluss frei und trachte dann, die secernirende Schleimhaut durch Spülungen und Aetzmittel zu behandeln. Dazu ist meist ausgedehnte Resection der mittleren Muschel erforderlich; bei dieser, sowie bei Evulsion der fast immer zahlreich vorhandenen Polypen, wobei ja häufig Knochenstückchen mitgehen, werden gewöhnlich mehrere Zellen des Labyrinths mit eröffnet. Oft genügen diese Manipulationen, um die Secretion auf ein Minimum zu reduciren, zumal wenn die Kranken die Nase täglich ausspülen und mit schwachen Lapislösungen pinseln. Oft aber muss man noch einzelne Zellen eröffnen (am besten mit einem Conchotom mit vorne scharf zugespitzten Branchen) und das Innere derselben wiederholt ätzen. Vor einer Auskratzung des Siebbeinlabyrinths mit dem scharfen Löffel und Umwandlung desselben in einen einzigen Hohlraum, wie sie von radicalen Operateuren oft empfohlen wurde, muss ich aber dringend warnen; denn das heilt niemals aus.

Mit der geschilderten halb operativen Behandlung erzielt man dagegen selbst in schweren Fällen manchmal noch wirkliche Heilungen und fast immer — allerdings oft erst nach langer Bemühung — der Heilung praktisch gleichkommende Besserungen.

Die Behandlung der combinirten Empyeme setzt sich nach diesen Ausführungen einfach aus der conservativen Be-

handlung der einzelnen erkrankten Höhlen zusammen. Ich will hier das in meiner ersten Arbeit (S. 36—38) über diesen Punkt Gesagte nicht wiederholen und nur nochmals besonders den einen Rath hervorheben, bei solchen Kranken, namentlich wenn man sie nicht oft sehen kann, zunächst die Resection der mittleren Muschel vorzunehmen, vorhandene Polypen auszuräumen, das Siebbeinlabyrinth in der nöthigen Ausdehnung zu eröffnen und dann die Patienten bei einfachen Nasenspülungen sich selbst zu überlassen. Wenn man sie nach sechs Monaten oder einem Jahre wiedersieht, wird man erstaunt sein, in welchem Masse sich der Zustand der übrigen erkrankten Nebenhöhlen spontan gebessert hat; und wenn man dann die Krankengeschichten radicaler Operateure, wie etwa Jansen's (Fränkel's Arch. f. Lar., Bd. I, 1893) und seiner Nachfolger liest, wird man kaum im Zweifel sein, welcher Behandlung man seine Kranken lieber unterziehen soll.

Zum Schlusse sei mir noch eine sozusagen persönliche Bemerkung gestattet. Ich bin mir wohl bewusst, dass der Titel dieses Aufsatzes sich nicht vollständig mit dem Inhalte deckt. Ich habe mich zwar nach Möglichkeit bemüht, in dem gegebenen engen Rahmen dem Titel in seiner Allgemeinheit zu entsprechen, aber bei zum grossen Theile strittigen Fragen geschieht es wohl immer unwillkürlich, dass die persönlichen Ansichten und Erfahrungen des Autors unverhältnissmässig stark in den Vordergrund treten; sie müssen dies ja sogar dort, wo sie sich zu allgemein verbreiteten Meinungen im Widerspruche befinden. Ich hoffe, dass diese Zeilen zur Klärung dieser Streitfragen Einiges beitragen werden zum Wohle unserer Kranken, das wir ja Alle anstreben.

REFERATE.

Interne Medicin.

Klinische Beobachtungen über Agurin (ein neues Theobrominpräparat). Von Dr. L. Michaelis. (Städtisches Krankenhaus: Prof. Dr. M. Litten.)

Das Agurin, ein Doppelsalz von Theobrominnatrium und essigsaurem Natron stellt ein farbloses, in Wasser leicht lösliches Pulver von salzig-bitterem Geschmack dar. Seine Lösung reagirt deutlich alkalisch. Es enthält auf 1 Gewichtstheil Theobromin-

natrium circa 0·4 Theile essigsaures Natron, ist also reicher an Theobromin als das Diuretin. Der Gehalt an essigsaurem Natron erscheint umso günstiger, als dieses Salz an sich eine, wenn auch geringe diuretische Wirkung hat, jedenfalls der Wirkung des Theobromins in keiner Weise entgegensteht und den Magen nicht belästigt. Als geeignetste Dosirung scheint sich die Darreichung von drei Pulvern zu 1·0 g täglich beim Erwachsenen zu bewähren. Die Pulverform ist rationeller als die Lösung, weil die Lösung sich allmälig durch die Kohlensäure der Luft infolge Ausscheidung freien Theobromins etwas trübt. Zusatz von Alkali könnte dies zwar verhindern, erscheint aber wegen der eigenen alkalischen Reaction des Agurins nicht angebracht. Die Wirkung tritt, wenn überhaupt, nach 2—3 Tagen ein und erlischt einen Tag nach dem Aussetzen des Mittels.

Irgend welche Nebenwirkungen, sei es auf das Herz oder auf den Magen, wurden niemals gesehen. Ein Kranker mit chronischer parenchymatöser Nephritis, welcher während eines Aufenthaltes von vier Monaten im Krankenhaus fast täglich erbrach, hat während der vier Tage, an denen er je 3 g Agurin bekam, nur ein einziges Mal erbrochen. Man kann folgendes Urtheil fällen: Bei gleicher diuretischer Wirksamkeit besitzt das Agurin den Vorzug vor dem Diuretin, dass es neben dem Theobromin keine differenten Bestandtheile (keine Salicylsäure) enthält. Das im Agurin enthaltene Natrium aceticum ist ein Mittel, welches man bei den gleichen Indicationen anwendet, wie das Theobromin. In Form des Agurins wird das Theobromin glatt vertragen, auch dann, wenn das Diuretin schlecht vertragen wird. Es ist zunächst bei allen hydropischen Erscheinungen indicirt, besonders bei Stauungserscheinungen infolge von Herzklappenfehlern. Seine Wirkung wird durch vorangegangene oder gleichzeitige Darreichung der Digitalis unterstüzt. Sein Angriffspunkt ist, im Gegensatz zur Digitalis, nicht das Herz, sondern die Niere. Am promptesten wirkt es bei intacter Niere, doch reagirt auch mitunter eine leichte, besonders chronische, interstitielle Nephritis. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 24, 1901.)

Ueber chronische dyspeptische Diarrhöen und ihre Behandlung. Von R. Schütz.

Die weitaus überwiegende Klage der betreffenden Kranken bilden ihre Diarrhöen. Sie erfolgen ein- bis zwei-, auch drei- bis viermal täglich, selten und nur zeitweise sechs- bis achtmal oder mehr.

Ihre Zahl schwankt, je nachdem der Patient sich hält, oder besondere Schädlichkeiten, wie unzweckmässige Lebensweise, Erkältungen, Aufregungen auf ihn einwirken. Manche Patienten haben ihre Durchfälle in Perioden (Tage — Monate), in den Zwischenzeiten ist der Stuhl normal, selbst angehalten; manche haben durch Jahre niemals einen gebundenen Stuhl. Etwa zwei Drittel der Patienten klagten über Unruhe im Leib, Kollern vor den Entleerungen, vermehrte Flatulenz und Kolikschmerzen von wechselnder, doch meist mässiger Intensität. Magenbeschwerden hatten etwa die Hälfte der Patienten überhaupt niemals, einige gelegentlich ganz geringe Beschwerden; bei manchen traten die Klagen über den Magen etwas mehr hervor. Ausserdem neurasthenische Symptome, Kopfdruck, schlechter Schlaf, Erregbarkeit, Verstimmung, die sich meist im Verlaufe des Darmleidens ausgebildet hatten. In fünf Fällen bestand das Leiden $^1/_2$—1 Jahr, in 11 Fällen 5, 10, 15, 18, 27 Jahre. Der Ernährungszustand war je nach Dauer und Intensität des Leidens sehr verschieden, neben kaum reducirten, sehr elende Personen. Die Stühle fielen in den schweren Fällen durch ihren abnormen Geruch auf, der nicht fäculent, sondern stechend sauer war. Die Farbe der Stühle meist hell, bei einer Kranken lange Zeit völlig acholisch. Die Consistenz der diarrhöischen Stühle war dickbreiig bis wässerig, mitunter festere Theile darunter gemischt; bei sechs unter den acht klinisch beobachteten Fällen unverdaute Speisen. Bei den meisten Kranken war Darmkatarrh.

Was die Störungen von Seite des Magens betrifft, so handelte es sich bei den Kranken fast ohne Ausnahme um einfache, verschieden intensive Herabsetzung der Salzsäuresecretion mit und ohne Störung der Motilität, welche fast stets in einer Herabsetzung, einer Atonie, und nur in einem Falle in einer Steigerung, einer Hypermotilität bestand, Functionsstörungen, bei denen die Speisen einer nur unvollkommenen Magenverdauung unterliegen.

Der ursächliche Zusammenhang dürfte also für diese Fälle feststehen: primäre Herabsetzung der Magenverdauung, zunächst compensirt durch den Dünndarm, allmälig Insufficienz der Dünndarmverdauung, infolge dessen Diarrhöen und schliesslich Darmkatarrh.

Bei einer Kranken ergab die Ausspülung des nüchternen Magens eine enorme Aufschwemmung von Bacillus fluorescens liquefaciens; in dem stark sauren Magen- und Darminhalte eine

enorme Entwicklung von zum Theil gährender Hefe, Rosahefe, ausserdem verschiedene Schimmelarten.

Die Differentialdiagnose gilt, so lange die Diarrhöen nicht schon längere Zeit bestehen, schweren organischen Leiden, insbesondere der Darmtuberculose und dem Carcinom. Ein hochsitzendes Rectumcarcinom kann Anlass zu Täuschung geben. Anderseits sind primäre Darmkatarrhe und nervöse Diarrhöen auszuschliessen. In jedem Falle hartnäckiger Diarrhöen soll man sich nicht mit der Untersuchung der Stühle und Feststellung eines eventuellen Darmkatarrhs begnügen, sondern man soll auch die Magenverdauung prüfen. Die Prognose wird sich richten nach dem Charakter des zugrunde liegenden Magenleidens, nach dem Zustande des Darmes, besonders aber auch darnach, ob der Patient gewillt und im Stande ist, die vorgeschriebene Diät längere Zeit durchzuführen.

Die Therapie ergibt sich aus der Auffassung des ganzen Krankheitsbildes. Die Stopfmittel sind grundsätzlich zu verwerfen, so lange Gährungsvorgänge bestehen oder — bei Durchführung der entsprechenden Diät — erheblichere unverdaute Nahrungsbestandtheile mit den Stühlen abgehen. Die Aufgabe besteht unter diesen Umständen ebenso, wie bei der Behandlung acuter infectiöser Diarrhöen, vielmehr darin, das Bestreben des Verdauungscanals nach Entleerung des unverdaulichen Ballastes zu unterstützen, hierzu sind gleich wirksame Mittel die Ausspülung des Magens und des Dickdarmes. Vf. spült den Magen aus, wenn Atonie besteht oder der nüchterne Magen Säuren enthält, oder die Untersuchung des Mageninhaltes abnorm hohe Gesammtacidität ergibt. Dickdarmausspülungen lässt er machen entweder in Form gewöhnlicher Wasserklystiere, welche zwar nur das Rectum erreichen, aber doch die Peristaltik höherer Darmabschnitte anregen. In allen schwereren Fällen aber, bei ausgesprochenen Gährungszuständen oder irgend erheblicher Schleimbildung, empfehlen sich Auswaschungen des Dickdarmes durch hohe Einläufe, wobei man unter entsprechender Lagerung des Patienten mit erhöhtem Steiss, aber unter möglichst niedrigem Druck bis zu $2^1/_2$—3 l körperwarmes Wasser langsam einlaufen lässt und darnach durch Senken des Glastrichters sofort wieder grossentheils entleert. Treten die Diarrhöen namentlich Nachts auf, so macht man die Darmausspülungen Abends.

Betreffs der Diät ist man in der Lage, ebenso der causalen als

der Indicatio morbi zu entsprechen. Man beschränkt möglichst die Fleischnahrung und gibt hauptsächlich feine Mehle in Form von Schleimsuppen, Breien, Grütze, Kartoffelbrei, gekochten Mehlspeisen, Aufläufen, Zwiebacks. In schweren Fällen wird Fleisch überhaupt ausgesetzt, man gibt Eier meist in erheblicher Zahl, fünf bis sechs und mehr pro Tag, ebenso Eiweisspräparate, wie Plasmon, und Beaftea. In leichteren Fällen gibt man von vornherein weisses Fleisch. Milch wird, so lange Neigung zu Diarrhöen besteht, meist schlecht vertragen. Gemüse, auch die feineren, wie Spinat, Blumenkohl etc., keinesfalls, so lange Durchfälle bestehen, bei schwerem Darmkatarrh vermeidet man sie auch nachher am besten noch längere Zeit. Obstipantien wird man geben, wenn keine Gährungen mehr bestehen und die Diät so geregelt ist, dass Unverdautes in erheblicher Menge nicht mehr ausgeschieden wird. Sehr günstig wirkt körperliche und geistige Ruhe, schwer Kranke gehören zunächst unbedingt ins Bett, leichter Kranke lässt man wenigstens nach jeder Mahlzeit, also täglich 5—6 Stunden liegen. Auch feuchtwarme Umschläge täglich ein bis mehrere Male vor den Mahlzeiten, warmer Wiesbadener Kochbrunnen und nach den Fleischmahlzeiten etwas Acid. hydrochloricum dilutum. Die Erfolge waren auch bei den ambulant Behandelten zum Theil sehr gute; Vf. machte in schwereren Fällen auch hier eine Zeit lang Magenausspülungen und Darmausspülungen, in anderen Fällen beschränkte er sich auf Verordnung einer entsprechenden Diät, von Kochbrunnen oder warmem Salzwasser, Salzsäure und möglichster Ruhe. — (Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 318, 1901.)

Ueber eine neue Behandlungsmethode der genuinen Epilepsie. Von Dr. M. Lion.

Vf. unterscheidet vier Stadien des Krankheitsprocesses: Das erste Stadium bildet der sogenannte epileptische Charakter, der eine Summe von leichteren Anomalien involvirt: pathologische Reizbarkeit, Labilität und schroffe Schwankungen der Stimmungen, Neigung zu Auslassungen und Affecten, dissociale Instincte, criminelle Ausschreitungen, Unstetigkeit in der Arbeit u. s. w. Auf dieser Basis entwickelt sich das zweite Stadium, das die unzähligen Nuancen der psychischen Epilepsie, resp. der psychischen Aequivalente umgreift, von den leichtesten Umnebelungen des Bewusstseins bis zu den stürmischen und Tage bis Monate dauernden Dämmerungszuständen, wo die Kranken nicht selten die entsetzlichsten Thaten verrichten. Weiteres Fallen des Bewusstseins führt zu

den Bewusstseinspausen, die unter dem Namen petit mal bekannt sind: drittes Stadium. Dann kommen die typischen Krampfanfälle: viertes Stadium. In zwanzig, meist veralteten Fällen von genuiner Epilepsie, die in den früheren Jahren allen üblichen Heilmethoden trotzten, entfaltete das Cerebrinum-Poehl, das Vf. aus theoretischen Gründen — toxische Entstehung des Krankheitsprocesses und antitoxische Kraft gesunder Nervenelemente — anwendete, eine ausserordentlich schnelle und mächtige Heilwirkung, besonders was die ersten zwei Stadien betrifft. Epileptische Charakterzüge, Umnebelungen und Dämmerungen, Aggressivität, Affecte, hallucinatorische Delirien u. s. w. schwanden fast vom ersten Tage und wiederholten sich in der Folge gar nicht oder sehr selten und in minimalem Grade. Aus gefährlichen Subjecten wurden zahme und gutmüthige Individuen und die ganze psychische Gestalt änderte sich merkwürdig. Aber auch das petit mal und die Krampfanfälle werden in allen Fällen bedeutend schwächer, wiederholen sich viel seltener und verklingen allmälig. In Fällen, wo die Anfälle besonders gehäuft und intensiv erschienen, hielt Vf. für zweckmässig, das Opocerebrinum mit der Balint'schen Bromdiät zu combiniren. Da verschwanden die Anfälle fast plötzlich. Das Opocerebrinum (in Dosen von 0·20—0·30 pro dosi, 0·40—0·60 pro die) soll in allen Fällen von Epilepsie bis zur völligen Heilung, d. h. mindestens während einiger Monate, mit kurzen Unterbrechungen, gebraucht werden, dagegen die Bromdiät (2·3—3·0 Natrii bromati pro die) — nur in Fällen mit starken und öfteren Krampfanfällen und nicht länger als 3—4 Monate. Bei chronischen Alkoholikern, bei denen, nach Abusus, acute Vergiftungssymptome auftraten: Herzerscheinungen, Tremor, hartnäckige Schlaflosigkeit, Verstimmung, hallucinatorische Delirien und gehäufte epileptische Anfälle, sogenannte Alkohol-Epilepsie, versuchte Vf. gegen letztere Opocerebrinum-Poehl. Nach einigen Tabletten sistirten die Anfälle; nach einigen Tagen verschwanden auch alle übrigen Symptome. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52, 1901.)

Ueber die Bedeutung des Leims als Nährmittel und ein neues Nährpräparat „Gluton". Von H. Brat. (Medic. Universitätsklinik in Berlin: Prof Dr. v. Leyden.)

Vf. hat eine leichter lösliche Modification der Gelatine dargestellt, indem er Säuren auf Gelatine mehrere Stunden bei höherer Temperatur einwirken liess, die Säuren dann neutralisirte und das

dialysirte, resp. filtrirte Product eindampfte. Das erhaltene Product, welches den Namen Gluton erhielt, stellt gemahlen ein weissgelbes Pulver dar. Dasselbe löst sich leicht in Wasser und gelatinirt selbst in concentrirten Lösungen nicht mehr. Zu den flüssigen Nahrungsmitteln kann es zugesetzt werden, ohne bei Innehaltung der Vorschriften, resp. bestimmter Qualitätsverhältnisse wesentlich den Geschmack zu verändern. Ausserdem können nach Lösung in Wasser, unter Zusatz von Citronensaft und Zucker, resp. Saccharin oder Himbeersyrup, Limonaden hergestellt werden, welche schmackhaft sind und kalt genossen werden können. Man muss seinen Reactionen nach das Gluton als eine Zwischenstufe der Umwandlung des Leims in Pepton betrachten.

Aus den Stoffwechselversuchen, welche Vf. mit Gluton anstellte, glaubt er folgende Schlüsse ziehen zu können: Das Gluton hat den höchsten N-Gehalt aller modernen Nährpräparate, entsprechend seiner Darstellung aus Gelatine, und einen sehr niedrigen Aschengehalt (2—3 %). 1. Das Gluton leistet in einer Mischung von Nahrungsmitteln, bei einer Verabreichung von Dosen, wie sie die Grenzen der Ersatzmöglichkeit des Nahrungseiweisses bei der Ernährung des gesunden und kranken Menschen durch ein Nährpräparat nur gestatten, dasselbe bezüglich des N-Haushaltes wie die Eiweissnährpräparate, und zwar in kleinerer Dosis. 2. Es ist aus den Versuchen, da dieselben analog ausgefallen sind wie entsprechende Versuche mit Gelatine an Thieren, zu schliessen, dass die Gelatose Gluton denselben Nährwerth hat wie die Gelatine. 3. Die Verdaulichkeit des Glutons ist eine gute; es ist möglich gewesen, das Präparat Patienten in Dosen zu geben, wie man sie betreffs der Gelatine im Allgemeinen nicht anzuwenden wagte. Die Ausnutzung ist die vollkommenste.

Zwei Versuche wurden angestellt, um zu zeigen, in wie beträchtlichem Grade der Ersatz von Kohlehydraten durch Gluton zum Fleischansatz führt, bei gleichzeitiger erheblicher Herabsetzung (50 %) der Eiweisszufuhr. Das Resultat der Versuche legt den Gedanken nahe, das Gluton in Krankheitsfällen anzuwenden, in denen sich die Zufuhr von Kohlehydraten verbietet. Hier käme in Betracht die Fettsucht. Ferner scheint es rathsam, in leichten, resp. schweren Fällen von Diabetes Kohlehydrate und eventuell einen Theil des Eiweisses durch das Präparat zu ersetzen. Die im Urin nachweisbare Harnsäuremenge war nach Glutonverabreichung im Vergleich zu anderen Präparaten geringer.

Bei einem Versuche wurden statt $^1/_2$ Pfund Fleisch 50 g Gluton gegeben, bei zwei Versuchen wurden statt 200 g Fleisch und zwei Eiern 50 g Traubenzucker, 110 g Präparat gegeben. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2, 1902.)

Untersuchungen über das Dialysat der Digitalis grandiflora. Von Dr. Schwarzenbeck.

Vf. hat das Dialysat (Golaz) der Digitalis grandiflora auf der Abtheilung des Prof. Unverricht einer Prüfung unterzogen. Es wurden 20 Tropfen pro dosi und 60—80 Tropfen pro die verabreicht. Die Versuche erstreckten sich zumeist auf chronische Erkrankungen des Herzens als Herzklappenfehler, Herzmuskelentartung, allgemeine Arteriosklerose und Arteriosklerose der Kranzarterien, Emphysem mit chronischer Bronchitis.

Nur in wenigen Fällen war ein augenscheinlicher Erfolg nicht zu erzielen. Die Wirkung auf Herz und Athmung trat meist schon nach den ersten Dosen auf, Appetit, Schlaf und Allgemeinbefinden hoben sich in kurzer Zeit, die Diurese steigerte sich meist rasch, doch gab es auch Fälle, in denen sie erst nach mehreren Tagen zunahm. So viel ist gewiss, dass das neue Dialysat in keiner Weise dem der Digitalis purpurea nachsteht, es scheint fast im Gegentheil der Erfolg sich hier schneller einzustellen. Die Höhe der Digitaliswirkung war meist nach kurzer Zeit erreicht.

Vf. konnte sich bei einem über Wochen ausgedehnten Gebrauche der Digitalis von einer besonders auffälligen Wirkung nicht überzeugen, es war häufig der Eindruck zu gewinnen, dass man ohne das Mittel eben so ausgekommen wäre. In einigen Fällen konnte Dialysat der Digitalis grandiflora wochenlang ohne Nachtheil genommen werden, in anderen trat bald Anorexie auf, in einem Falle auch Uebelkeit und Erbrechen. Meist genügte hier dann ein einige Tage langes Aussetzen des Mittels, um diese Nebenwirkungen zum Verschwinden zu bringen, und nachher machte eine erneute weitere Verabreichung keine Erscheinungen wieder. Bei einem Patienten wurde Durchfall beobachtet, der nicht mit Sicherheit auf das Dialysat zurückgeführt werden kann.

Bei einem Kranken traten nach 6wöchigem Gebrauche von 3mal täglich 20 Tropfen Dialysat plötzlich stenokardische Anfälle auf. Dieser Fall kann leicht dahin gedeutet werden, dass bei länger fortgesetztem Digitalisgebrauche die Wirkung sich cumulirt und jenes zweite Stadium der Digitaliswirkung heraufbeschworen wird, in welchem man ein Sinken des Blut-

druckes mit allen seinen schädlichen Nebenwirkungen beobachtet. Nimmt man aber an, dass der Organismus sich in der langen Zeit an das Mittel gewöhnt hat und die neue Compensationsstörung deshalb ganz unabhängig von dem Digitalisgebrauche eingetreten ist, so steht man jetzt vor einer Situation, in welcher zu diesem sonst so erfolgreichen Mittel zur Wiederherstellung normaler Kreislaufsverhältnisse nicht mehr gegriffen werden kann. Mag man also derartigen Fällen eine Deutung geben, welche man wolle, so wird man doch nicht zu der Anschauung kommen, dass mit der fortgesetzten Digitalistherapie ein wesentlicher Nutzen erreicht worden ist. Nachdem für die nächsten Wochen bei dem Patienten die Medication ausgesetzt war, trat zuerst noch eine Reihe von asthmatischen Anfällen auf, die ohne irgend ein Cardiacum ganz vorübergingen und nicht wieder kamen. Es zeigte sich also, dass durch das Fortlassen des vorher so segensreich wirkenden Mittels die neu aufgetretenen Herzstörungen beseitigt werden. Wenn auch mit einem Falle wenig zu beweisen ist, so legt er immerhin die Vermuthung nahe, dass durch lange fortgesetzte Digitalisgaben ein Vortheil für den Kranken nicht erreicht wird. Es empfiehlt sich daher, wie dies auch für die übrigen Digitalispräparate zutrifft, nach Eintritt der gewünschten Wirkung von einer weiteren Verabreichung des Dialysats abzusehen und es erst nach einiger Zeit, wenn von Neuem Störungen auftreten, wieder zu geben. In dieser Weise gebraucht, bietet das Dialysat der Digitalis grandiflora ein willkommenes Herzmittel, das bei den verschiedenen Erkrankungen des Circulationsapparates mit Erfolg angewendet werden kann. — (Centralbl. f. inn. Med. Nr. 17, 1901.)

Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure (Hetol).
Von Dr. Theodor Heusser.

Vf., der in Davos-Platz eine grössere Anzahl von Tuberculösen mit Hetol behandelt hat, stimmt mit Landerer überein, dass die Hetolbehandlung innerhalb der Grenzen, die von Landerer ihrer Verwendung in der Praxis gezogen worden sind und bei sachverständiger Anwendung völlig gefahrlos und im Stande ist, eine complicirte Tuberculose mit grösserer Sicherheit zur Vernarbung und Heilung zu bringen, als irgend ein anderes der bisher empfohlenen Mittel gegen Tuberculose. Hetol ist kein Specificum gegen Tuberculose, aber es ist neben dem Klima und der hygienisch-diätetischen Methode das wirksamste Mittel, um die Heilung der Tuberculose zu fördern. Die Resultate aber der

Phthiseotherapie, so grosse Fortschritte in den letzten Jahrzehnten erzielt worden sind, sind immer noch so wenig glänzend, dass jeder Arzt mit Freude nach einem Heilmittel greift, dessen Wirksamkeit innerhalb gewisser Grenzen zweifellos ist. Alle anderen Factoren aber, die zur Heilung der Tuberculose beitragen, überragt an Werth der Einfluss des Hochgebirgsklimas mit seiner trockenen staubfreien Luft, mit seiner Nebelfreiheit und Windstille, seiner Sonne und den vielen klaren Wintertagen. Diese Ueberzeugung entspringt Vfs. eigenen Erfahrungen, die er in zwanzig Jahren Praxis im Tiefland (Zürichsee), in mittlerer Höhe (Seelisberg 850 m) und im Hochgebirge (Davos 1560 m) gesammelt hat. — Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 1, 1901.)

Grundsätze der Diätbehandlung Magenkranker. Von Docent Dr. H. Strauss. (Schluss.)

b) Hyperacidität. Vf. gibt einer eiweissreichen, aber nicht fleischreichen Mahlzeit in der Diätbehandlung der Hyperacidität den Vorzug gegenüber einer kohlenhydratreichen Mahlzeit, weil eine eiweissreiche Mahlzeit mehr Salzsäure zu binden vermag und eine wenigstens nicht erheblich grössere Production von Gesammtsalzsäure anregt. Die Rücksicht auf den Gesammtstoffwechsel und auf das subjective Behagen des Patienten erlaubt es aber nicht, die Kohlehydrate lange Zeit hindurch zum grösseren Theil aus dem Diätzettel eines Hyperaciden zu streichen, wenn nicht ein besonders zwingender Grund hiefür vorliegt. In dem Fett besitzen wir ein Mittel, um die Magensaftsecretion direct einzuschränken. Vorzuziehen sind Butter, Sahne und fettreiche Milch, sowie Mandelölemulsion etc. und bestimmte Oelsorten. Die Nahrungsmischung für einen Hyperaciden kann man am besten mit 100—120 g Eiweiss, 200—250 g Kohlehydraten und circa 150—180 g Fett festsetzen. Ein lactovegetabilisches Regime ist nur für solche Fälle anzurathen, bei welchen der nervöse Ursprung der Erkrankung klar ist und das Vorhandensein einer Neurose an sich eine vegetabilische Diät nahelegt. Soweit Fleisch im Diätzettel des Hyperaciden einen Platz erhält, ist extractivstoffarmes Fleisch, vor Allem das gekochte Fleisch und das weisse Fleisch, ebenso das Fleisch junger Thiere, dem rothen Fleich oder dem Wild entschieden vorzuziehen. Fisch und Geflügel eignen sich in ganz besonderem Grade für den Hyperaciden. Reizlose Zubereitung der Speisen unter möglichster Vermeidung von Gewürzen. Kohlehydrate am besten in einer

Form, die dem Patienten wenig Anlass zum Kauen darbietet, d. h. in Form dicker, gut durchgekochter Mehlsuppen oder in Form schon gelöster Kohlehydrate. Der Speisezettel eines Mittagbrots bei Hyperacidität würde sich derart gestalten, dass man nach einer Mehl-, Milch- oder Obstsuppe ein möglichst extractfreies Fleisch oder eine Eierspeise, möglichst mit Butter, verabreicht, dass man von Gemüsen gut durchgekochten und mit viel Butter versetzten Kartoffelbrei, Spinat oder Spargelspitzen mit Buttersauce etc. gibt. Gegen Compote ist, wie überhaupt gegen Süssigkeiten, nur dann eine Einsprache zu erheben, wenn eine Herabsetzung der subjectiven Toleranz für Süssigkeiten besteht. Den Schluss würde bilden ein Fettkäse. Kaffee wird in vielen Fällen schlecht vertragen, ebenso Thee. Von Weinen speciell Rothweine, eventuell mit Heidelbeerwein oder mit einem alkalischen Brunnen gemischt, von Weissweinen sind die säuerlich schmeckenden zu meiden und an ihre Stelle weisse Burgunderweine, weisse Bordeauxweine, eventuell auch leichte Frankenweine zu reichen. Biere sind womöglich ganz zu meiden; allenfalls sind die kohlenhydratreichen Biere den kohlehydratarmen Biersorten vorzuziehen. In Betreff der Zahl der Mahlzeiten ist mehr zu wenigen und grösseren, als zu häufigen und kleineren Mahlzeiten zu rathen.

Für die Behandlung der Hypersecretion gelten dieselben Grundsätze wie für die Behandlung der Hyperacidität. In denjenigen Fällen, in welchen eine Stagnation von Ingestis vorliegt, kommen noch die Grundsätze hinzu, die für die Behandlung der motorischen Insufficienz giltig sind. Bei der Hypersecretion wird man sich eher zu häufigen, kleinen Mahlzeiten verstehen.

Diätetische Rücksichten auf anatomische Erkrankungen der Magenhäute. Unter den Indicationen für die Diätbehandlung des Ulcus ventriculi steht neben den durch die anatomische Läsion gegebenen Indicationen die diätetische Behandlung der für die Ausheilung nachtheiligen Hyperacidität im Vordergrund des Interesses. Die Rücksichten auf die Läsion müssen um so stärker hervortreten, je schwerer die sensiblen Reizerscheinungen des Ulcus ventriculi sind, je grösser die Schädigung der Blutconstitution durch dasselbe ist oder je frischer eine manifeste Magenblutung aufgetreten ist. Die ideale Behandlung ist eine absolute Immobilisation des Magens, welche einerseits durch absolute Ruhelage des Patienten, anderseits

durch Rectalernährung erzeugt wird. Nach abundanten Blutungen ist die Rectalernährung bei völliger Abstinenz per os die rationellste Behandlung. Morphium-, bezw. Morphium-Atropininjectionen sind eine wichtige Unterstützung bei der Durchführung der Rectalernährung, da hiedurch einerseits die Toleranz des Rectums durch einen gelinden Grad von Narkose erhöht wird, anderseits gleichzeitig das die Patienten bei der Rectalernährung belästigende Durstgefühl herabgesetzt wird. Für die Darreichung der Rectalklystiere gilt Folgendes: 1. Vermeidung harter Ansatzstücke und zarte Einführung des gut eingeölten Gummiansatzes; 2. genaue Regulirung der Temperatur des Klysmas auf Körpertemperatur; 3. langsames Einfliessenlasssen unter niedrigem Druck; 4. Verabfolgung eines Reinigungsklysmas früh Morgens und Verabfolgung von nicht mehr als drei Klysmen pro die, deren Menge stets unter 300 cm^3 bleiben soll; 5. richtige Zusammensetzung und Zubereitung der Nährklysmen.

Unter den einzelnen Bestandtheilen der Nährklysmen, deren Zusammensetzung eine verschiedene ist und auch sein kann, spielt das Wasser die erste Rolle, da ein Mensch Hunger lange Zeit, Durst aber weit weniger lange ertragen kann. Bezüglich der Eiweisskörper haben neuere Untersuchungen gezeigt, dass es kaum gelingt, mit irgend einem Eiweisspräparat eine bessere Ernährung zu erreichen, als mit Hühnereiweiss, und bezüglich der Fettzufuhr ist durch Zusatz von Pankreaspräparaten eine Verbesserung der Fettausnutzung zu erstreben. In manchen, aber im Ganzen seltenen Fällen kann die subcutane Ernährung mit Oel eine Rolle spielen. Man soll nicht in brüsker Weise von der Rectalernährung zu einer ausschliesslichen Ernährung per os übergehen, sondern man schaltet eine Uebergangsperiode von etwa 1—2 Wochen ein, in welchen man eine combinirte Ernährung per os und per rectum durchführt. Die Methode der diätetischen Ulcusbehandlung läuft auf die Darreichung einer flüssigen und breiigen Nahrung hinaus.

Psychisch wirksame Momente. In zahlreichen Fällen ist den subjectiven Beobachtungen und Erfahrungen, welche die Patienten bezüglich einzelner Speisen gemacht haben, in der Diätverordnung eine möglichst breite Stelle einzuräumen. Auch die Forderungen der allgemeinen Hygiene, so z. B. die Benutzung reinster, unverfälschter und unverdorbener Nahrungsmittel muss Berücksichtigung finden und die Hygiene hat sich

nicht bloss auf die Speisen, sondern auch auf den Act des Essens als solchen zu erstrecken. Behagliche Stimmung beim Essen ist für den Kranken (und auch Gesunden) ebenso wichtig, wie langsames Essen und gutes Kauen. Dass man auch sonst trotz aller Wissenschaftlichkeit in der Zusammenstellung eines Diätzettels die subjectiven Wünsche des Patienten und seine Gewohnheiten soweit als möglich berücksichtigt, ist nicht nur human, sondern direct für den Erfolg förderlich. Derjenige Arzt, welcher, von wissenschaftlichen Grundsätzen geleitet, im Einzelfalle sich möglichst der Individualität seines Patienten im Diätzettel anzuschmiegen versteht, wird einen weit grösseren Erfolg in der Diätbehandlung erzielen, als derjenige, welcher nach starrer Schablone vorgeht. — (Würzb. Abhandl. a. d. Geammtg. d. prakt. Med. Bd. 1, H. 12.)

Ueber die Anwendung der Digitalis bei Erkrankungen des Herzens. Von Heinrich Einhorn. (Schluss.)

Die Wichtigkeit der absoluten Bettruhe während der Digitalismedication und noch 5—8 Tage nachher kann nicht hoch genug veranschlagt werden. Der geschwächte, erlahmende Herzmuskel, der durch die Digitalis zu verstärkter Thätigkeit angetrieben werden soll, muss unter die günstigsten Arbeitsbedingungen versetzt werden. In Fällen hochgradiger Stauung im kleinen Kreislauf und hochgradiger Ueberfüllung des venösen Systems kann ein der Digitalisverabreichung vorausgehender Aderlass von lebensrettender Wirkung sein. Bedeutende Ergüsse in Körperhöhlen und hochgradige Oedeme der Extremitäten, welche für den Herzmuskel unüberwindbare Widerstände setzen, und schon durch Compression der Lymphräume die Unmöglichkeit der Resorption des Hydrops bedingen, wird man vor der Digitalisverabreichung zu entleeren haben.

Ein sehr geschwächter Herzmuskel muss gleichzeitig unter den Einfluss von Herzexcitantien gesetzt werden, Kampher, subcutan oder in Pulverform; auch Coffeïn. Fälle, in welchen die Digitalis allein unwirksam bleibt und nach gleichzeitiger Verordnung von Kampher der gewünschte Erfolg auftritt, sind nicht selten. Die Wirkung der Digitalis setzt auch eine genügende Ernährung des Herzmuskels voraus.

Man gibt in jedem einzelnen Falle die Digitalis so lange, bis die gewünschte Wirkung eintritt. Diese ist erreicht, wenn der Puls voller, gespannter, regelmässiger geworden ist und die

Pulszahl andauernd die normale Höhe einhält. Es ist, wie auch Riegel ausführt, unrichtig oder mindestens unnöthig, die Digitalis so lange fortzugeben, bis das Maximum der Wirkung erreicht ist. Die Darreichung ist auszusetzen, wenn die Wirkung auf den Puls eine deutliche ist, wenn die Harnmenge zuzunehmen beginnt. Der Praktiker ist im Grossen und Ganzen immer noch auf die Verwendung der gewohnten Digitalispräparate angewiesen. Von diesen kommen in Betracht die pulverisirten Blätter, das aus den Blättern bereitete Infus und die Tinctur. Vf. zieht das Pulver vor; es wirkt rascher und energischer, die Dosirung ist eine genauere und der schlechte Geschmack des Infuses fällt weg. Von Anderen wird wegen der unregelmässigen Resorption des Pulvers im Darmcanale der Verordnung der Digitalis in flüssiger Form der Vorzug gegeben.

Nach manchen Autoren soll die Maceration stärker wirken wie das Infus. Heinz hat bei seinen Thierversuchen das aus den Blättern bereitete Infus weniger wirksam gefunden, als das aus dem Pulver bereitete. Die Tinctur ist entschieden ein gutes Präparat, jedoch ist ihr Gehalt an wirksamen Bestandtheilen ein ziemlich wechselnder. Zur Erzielung einer energischen Wirkung müsste man mehr als 15 Tropfen dreimal täglich geben.

Sobald die Indication für die Digitalis erkannt ist, muss eine möglichst rasche und energische Wirkung angestrebt werden. Also von Anfang an grosse Dosen in kleinen Zwischenräumen: 0·1 des Pulvers zweistündlich bis zum Beginn der Wirkung. Innerhalb der ersten 24 Stunden 0·5—0·6—0·7 g der Digitalis in Pulver- oder Pillenform à 0·1, in schweren Fällen 0·2 des Pulvers bei gleichzeitiger Darreichung von Kampher; am zweiten Tage wird dann der Pulsbefund über das weitere Verhalten entscheiden. Treten vor Eintritt der gewünschten Wirkung leichte Intoxiciatonserscheinungen (Uebelkeit, Diarrhöen) auf, so ist der Versuch nicht aufzugeben. Die Verordnung des Infuses per clysma oder besser des Pulvers in Form von Suppositorien wird die Aufnahme per os ersetzen. Diarrhöen lassen sich meist leicht durch einige Tropfen Opiumtinctur stillen. Die Digitalismedication wird frühestens nach Ablauf von zehn Tagen wiederholt. Vor einer allzu zaghaften, reservirten Therapie, durch die mehr geschadet als genützt wird, vor einer Verzettelung der Wirkung, welche nur zu häufig die Folge der kleinen Dosen ist, ist zu warnen.

Bei längere Zeit hindurch fortgesetzter Darreichung kleiner Gaben tritt eine allmälige Gewöhnung an die Digitalis ein, toxische Wirkungen bleiben aus und man kann durch kleine Gaben (0·1—0·2 pro die), oder kleinste (0·05—0·1 pro die) eine tonisirende Wirkung auf den Herzmuskel erzielen. Deshalb kann die Empfehlung kleinster Dosen bei nervösen Herzerkrankungen, ferner die häufige Verabreichung kleiner Dosen bei leichteren Herzbeschwerden im Greisenalter sehr wohl gerechtfertigt sein. Dies immer nur unter der Voraussetzung einer geringgradigen Herzmuskelschwäche und eines Sinkens des arteriellen Blutdrucks.

Wenn nur wenige Tage im Anschluss an die Digitalisverabreichung die Compensation eine vollständige bleibt, kann das Auftreten von erheblichen Beschwerden dadurch hintangehalten werden, dass man die Diurese im Verhältniss zur aufgenommenen Flüssigkeitsmenge sorgfältig beobachtet und sofort ein bestimmtes Quantum Digitalis nehmen lässt, sobald sich zwei, drei Tage lang ein ansehnliches Manco in der Diurese ergibt; häufig zeigt sich dabei eine gewisse Regelmässigkeit. Alsdann ist es räthlich, gar nicht einen durch verminderte Harnsecretion sich documentirenden Nachlass in der Arbeitsleistung des Herzens abzuwarten, sondern in regelmässigen Intervallen Digitalis zu geben, z. B. jede Woche während eines Tages 0·3—0·5 der Folia in Form des Infuses oder 0·1—0·2 des Pulvers. Befriedigende Resultate scheinen in seltenen Fällen auch durch eine continuirliche Darreichung kleiner Dosen erzielt werden zu können, die Mehrzahl der Autoren verhält sich hingegen ablehnend, insbesondere wegen der Nothwendigkeit einer fortlaufenden, genauen Beobachtung der Kranken. — (Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 312.)

Physikalische Therapie.

Heissluftbehandlung. Von C. F. Martin und C. D. Gilles.

Der im Royal Victoria Hospital (Montreal, Canada) im Gebrauch stehende Heissluftapparat besteht aus einem kupfernen Cylinder von solcher Grösse, dass sowohl einzelne Extremitäten als auch der ganze Körper darin Platz finden. Aussen sind Ventile und ein Thermometer angebracht. Der betreffende Körpertheil wird in Flanell eingehüllt und ruht auf einem Asbestkissen; die Temperatur steigt rasch von 90 auf 125 und

150° C. und noch höher. Bei gonorrhöischer Arthritis erzielte man sehr rasch eine Abschwächung der Schmerzen, Absorption des Exsudates und Beweglichkeit des Gelenkes bis zur vollen Gebrauchsfähigkeit. Aehnliche Resultate wurden auch bei anderen acuten und subacuten exsudativen Gelenksaffectionen beobachtet. Bei Arthrit. deformans und Rheumatismus waren die Erfolge weniger günstig und beständig. Dagegen waren die Ergebnisse bei peripheren Neuritiden, localisirten Neuralgien und Ischias meist zufriedenstellend. — (Med. News Nr. 8, 1901; Zeitschr. f. diät. u. physik. Therap., Bd. 5, Nr. 3.) B.

Ueber Thermotherapie bei der Behandlung Unfallverletzter. Von Karl Thiem.

Früher wurde zur Beseitigung des Schmerzes, der Lähmung, der Versteifung, von Circulations- und Ernährungsstörungen an verletzt gewesenen Gliedmassen das medicomechanische, als das einzige wirkende Heilmittel verwendet. Die Erfahrung hat aber gezeigt, dass unter Einwirkung hoher Wärmegrade ein sofortiges Nachlassen des Schmerzes, dann ein Geschmeidigwerden steifer Gelenke, starrer Narben oder Muskeln eintritt. Nach wiederholter Anwendung dieses Verfahrens sieht man entzündliche Exsudate sich aufsaugen, Circulationsverhältnisse, allgemeine und örtliche Ernährungsverhältnisse sich bessern. Vf. hat die Wärme in Form der Heissluftapparate, der örtlichen Dampfbäder, als locale und allgemeine Moorbäder, als Fangopackungen, örtliche und allgemeine Heisssandbäder und in Gestalt von Thermophoren angewendet. Die örtlichen Dampfbäder würden in den sogenannten Dampfschwitzkästen, die Heissluftbäder in den von Krause construirten Apparaten verabfolgt. Letztere bewährten sich vortrefflich, namentlich dadurch, dass selbst bei hohen Temperaturen (— 140° C.) keine Verbrennungen vorgekommen sind. Zu Sandbädern wurde Flusssand benutzt. Eine kleine Menge wird auf einer eisernen Platte erhitzt, dann mit kaltem Sand gemischt, um die gewünschte Temperatur des Bades zu erzielen. Dann wird auf den Boden eine dünne Schichte heissen Sandes gegeben, der Patient nimmt eine halb sitzende, halb liegende Stellung ein und nun wird soviel Sand nachgeschüttet, dass bloss Kopf, Hals und Brust des Patienten freibleiben (Vollbad), schliesslich wird über die Wanne eine wollene Decke gebreitet. Die Temperatur des Sandes betrug gewöhnlich 40 bis 45° C., die Dauer des Bades ½—1 Stunde. Die Fangopackungen

wurden nach üblichen Vorschriften, Temperatur 42—50° C. angewendet. Die Thermophore wurden bei steifen Gelenken als Thermophorcompressen oder als doppelwandiger Schlauch verwendet. Daneben wurde in allen Fällen von der Massage und der mechanischen Behandlung ausgiebig Gebrauch gemacht. Es wurden eine grosse Zahl von Versteifungen der Extremitäten nach Fracturen und Luxationen mit bestem Erfolge behandelt. Die Reihenfolge der Wirkungsweise der verschiedenen Verfahren ist: 1. Fango, 2. Sand, 3. Heissluft, 4. locales Dampfbad, 5. Thermophor. Als Contraindication gilt allgemeine und Herzschwäche, weil durch Anregung der Circulation und Schweisssecretion eine Mehrforderung an die Herzthätigkeit gestellt wird, tuberculöse Gelenksentzündung, ausgedehnte Krampfadern an den Beinen; bei letzteren kommt es leicht zu Phlebitiden. — (Therap. Rathg. Nr. 11, 1901.) B.

Einige Capitel der speciellen Hydrotherapie. Von J. H. Kellogg.

K. bespricht in seinem auf dem panamerikanischen Congress in Havanna gehaltenen Vortrage eine Reihe von Erkrankungen, bei denen die Hydrotherapie mit bestem Erfolge angewendet wird, ja in manchen Fällen sogar das einzige Heilverfahren darstellt, mit dem irgend welche therapeutische Erfolge erzielt werden. Vor Allem ist es die Anämie, bei der die Hydrotherapie wahrhaft glänzende Erfolge zu verzeichnen hat. Es tritt da unter der Wassereinwirkung, wie schon Winternitz im Jahre 1893 und nach ihm andere Forscher dargethan haben, eine Vermehrung sowohl der rothen, als auch der weissen Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes des Blutes ein. Diese Vermehrung hält zwar anfangs nur kurze Zeit nach Application der kalten Procedur an, wird jedoch, wenn nur wenige Tage hintereinander die Proceduren systematisch verabfolgt werden, bald eine dauernde. Vf. führt einen Fall von perniciöser Anämie an, bei dem die Zahl der Erythrocyten 400.000 pro Cubikmillimeter betrug; nach dreimonatlicher Behandlung Ansteigen der rothen Körper auf 4,250.000. Patient, der früher, schon wenn er seinen Kopf etwas über die Horizontale hob, in Ohnmacht fiel, geht seit Monaten ungestört und im besten Wohlbefinden seinem Berufe nach. K. wandte zuerst Abreibungen mit feuchter, blosser Hand, dann mit dem nasskalten Handtuch an und applicirte später kräftigere Proceduren. Als unterstützende Mittel wurden

noch Massage und Elektricität herangezogen. — Bei den Diathesen, namentlich dem Diabetes und der Fettsucht, ist es das Dampfbad, die feuchte Einpackung, kalte Abreibung und die prolongirten kalten Bäder in Combination mit entsprechender Diät, die schon in kurzer Zeit günstige Resultate liefern, weil wir durch diese Massnahmen die Oxydation des Zuckers im Blute und in den Geweben in dem einen Falle, die des Fettes im anderen Falle in staunenswerthem Grade zu steigern in der Lage sind. Beim Diabetes wird durch das Dampfbad die Elimination des Zuckers durch die Haut gesteigert, durch die kalten Proceduren die intraorgane Oxydation erhöht; der Verdauungsprocess ist ein besserer, der Stoffwechsel reger und Vf. konnte schon nach einer Procedur ein Sinken der Zuckermenge von einem halben Pfund auf einige Gramm beobachten. Bei der Fettsucht sind es die kalten Applicationen, die die Oxydation erhöhen und dadurch Körpergewicht und Körpertemperatur verringern, wobei gleichzeitig die Erregbarkeit und Arbeitsleistung des Muskelsystems gesteigert und auf diese Weise die Bewegungsfähigkeit der Kranken erhöht wird. — Für die Behandlung der chronischen Harnsäure-Intoxication ist die Hydrotherapie das einzig rationelle, weil physiologisch begründete, Verfahren. Angewendet werden Dampf-, Heissluft-, elektrische Lichtbäder mit folgenden kalten Proceduren. Es kommt unter dieser Behandlung zu einer leichten Oxydation der Stickstoffverbindungen und Umwandlung der Harnsäure in leichte, eliminirbare Substanzen. Die Diät muss reizlos sein und reichliches Wassertrinken empfehlenswerth. — (Mod. med.; Bl. f. klin. Hydrotherap. Nr. 11, 1901.) B.

Chirurgie.

Ueber die Behandlung der Fissura ani. Von Prof. Gussenbauer.

Vf. schildert die von ihm seit vielen Jahren in der Klinik und in der Privatpraxis geübte Behandlung der Fissura ani, die den Vortheil hat, rasch zum Ziele zu führen und sichere Heilung auch in veralteten Fällen zu erzielen. Handelt es sich um oberflächliche Einrisse der Analschleimhaut, welche erst kürzlich entstanden sind, so werden sie durch Regelung der Darmentleerung (Laxantien), Desinfection der Analportion und Application von

Salbe, Jodoform, Dermatol etc. in kurzer Zeit geheilt. Wenn aber die Analfissur nicht mehr bloss die oberflächliche Schleimhaut, sondern die ganze Dicke derselben betrifft und auch das submucöse Gewebe blosslegt, ihre Ränder mehr minder callös verdickt sind, das dadurch entstandene Geschwür unrein ist und infolge der excessiven Schmerzhaftigkeit ein mehr oder minder hoher Grad von Afterkrampf besteht, so reichen diese einfachen Massnahmen zur Heilung nicht aus. In solchen Fällen kann man noch durch Kauterisation Heilung erzielen, aber die Patienten haben noch viele Qualen auszustehen. Diese Fälle erheischen eine operative Behandlung.

Die verschiedenen Methoden (Incision, Excision, subcutane Durchschneidung des Sphinkters) haben zwar einzelne Erfolge aufzuweisen, die günstigsten Resultate erzielte Vf. aber mit der Methode der forcirten Dehnung des Sphinkters nach Recamier. Wegen der besonderen Schmerzhaftigkeit muss die Operation in Narkose aufgeführt werden, u. zw. muss dieselbe eine tiefe sein, weil gerade bei dieser Operation am narkotisirten Patienten, bei welchem vollständige Relaxation der Musculatur eingetreten und der Cornealreflex ganz erloschen ist, noch plötzlich Glottiskrampf eintreten kann; man soll daher die Operation erst anfangen, wenn bei dem Versuche, den Zeigefinger in das Rectum einzuführen, keinerlei Reflex mehr ausgelöst wird.

Der Zweck der Operation besteht darin, den spastisch contrahirten Muskel zu dehnen, so dass er auch nach der Operation noch erschlafft bleibt; ein Uebermass von Kraft ist daher zu vermeiden, das gewaltsame Einbohren der Finger oder der ganzen Hand ist nicht angezeigt. Vf. übt die Dehnung in der Weise, dass er zuerst den einen Zeigefinger schonend in den Anus einführt, hierauf den zweiten ebenso schonend, und nun den straff gespannten Sphinkter langsam und allmälig unter zunehmendem Zuge der Finger in entgegengesetzter Richtung so lange ausdehnt, bis derselbe erschlafft erscheint. Die Fissur wird dabei ebenfalls gedehnt und reisst manchmal ein, aber nicht plötzlich, und es kommt daher zu keiner Blutung. Die Analportion wird sodann mit Salicylsäurelösung irrigirt, was besonders dann nothwendig ist, wenn nach durchgeführter Dehnung Fäces aus dem Rectum sich vordrängen oder Schleim und Eiter abgehen. Die Fissur wird dann mit Jodoformpulver bestreut oder mit Jodoformgaze tamponirt und trocken verbunden. Nach dem Erwachen aus der Narkose

haben die Patienten anfangs Schmerzen, dieselben hören aber bald auf und die Entleerungen erfolgen schmerzlos, selbst wenn sie am ersten Tage eintreten. Die Heilung der Fissur erfolgt in einigen Tagen bis zwei Wochen, die Continenz stellt sich bald wieder her.

Wenn Contraindicationen gegen die allgemeine Narkose bestehen, kann die Operation auch ohne dieselbe ausgeführt werden. Die locale Anästhesirung der Schleimhaut ist gegen die Schmerzen der Sphinkterdehnung wirkungslos. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1902.)

Tetanus nach Gelatineinjection. Von Dr. F. Kuhn.

Die Gelatineinjectionen, die in der letzten Zeit vielfach gegen Blutungen und Aneurysmen empfohlen wurden, sind nicht so harmlos, wie man im ersten Enthusiasmus dachte. Es häufen sich jetzt Mittheilungen von schädlichen Folgen der Injectionen, die es gebieten, zu mindestens mit der Wahl des Materiales sehr vorsichtig zu sein.

Vf. theilt einen Fall von Blutung nach Entfernung von adenoiden Vegetationen mit, bei welchem er unter allen antiseptischen Cautelen 50 g einer 2%igen, in der Apotheke sterilisirten Gelatinelösung einspritzte. Die Injection war schmerzhaft; die Schmerzen, die von der Injectionsstelle an der Innenseite des rechten Oberschenkels gegen den Bauch ausstrahlten, dauerten auch noch den nächsten Tag; gleichzeitig verfärbte sich die Injectionsstelle und wurde gangränös. Vier Tage nach der Injection war die Haut in der Grösse eines Handtellers gangränös und die Haut liess sich von der Musculatur ohne Blutung ablösen. Am nächsten Tag, d. i. am fünften Tage nach der Gelatineinjection, traten die ersten Erscheinungen des Tetanus auf; derselbe nahm rapid zu, Nachmittags traten heftige Krämpfe auf und Patient ging noch am selben Tage zugrunde. Kaninchen, die mit Gewebstheilen aus der Wunde geimpft wurden, gingen an Tetanus zugrunde.

Indem Vf. also auf die Gefahren der Gelatineinjection hinweist, stellt er die Forderung auf, dass die zur subcutanen Injection zu verwendende Gelatine aus dem leimgebenden Gewebe gesunder Schlachtthiere hergestellt werde. Bei der käuflichen Gelatine, die in hohem Grade verunreinigt ist, genüge die Sterilisirung nicht, da durch dieselbe zwar die Bacterien, aber nicht die Sporen und die Toxine zugrunde gehen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48, 1901.)

Temporäre Kolostomie bei chronischer Dysenterie. Von Dr. Nehrkorn.

Unter den zahlreichen Behandlungsmethoden der chronischen, ulcerösen, entzündlichen Erkrankungen des Dickdarmes werden die chirurgischen Eingriffe entweder gar nicht, oder nur der Curiosität halber genannt. Nach den Erfahrungen, die bei dem zu referirenden Fall auf der Klinik Czerny gemacht wurden, sollte von den operativen Eingriffen fleissiger Gebrauch gemacht werden.

Auf die Klinik wurde ein 19jähr. Patient aufgenommen, der seit mehreren Monaten an den Erscheinungen der chronischen Dysenterie litt und trotz aller möglichen internen therapeutischen Versuche keine Besserung zeigte. Opium, Opium mit Wismuth, Tannalbin, Stypticin, Klystiere mit Tannin und Liquor ferri sesquichlorati, subcutane Injectionen von Ergotin und 1%ige Gelatinelösung hatten fast gar keinen Erfolg, die Abmagerung nahm bedeutend zu und der Hämoglobingehalt sank auf 30 % herab. In diesem bedrohlichen Zustande wurde zur Ruhigstellung der hauptsächlich erkrankten Flexura sigmoidea eine Kolostomie an der linken Seite angelegt. Der ganze Dickdarm war infiltrirt und mittels des in die Flexur eingeführten Fingers konnte man zwei leicht blutende Geschwüre constatiren.

Das Befinden besserte sich nach der Operation auffallend schnell; die blutigen Stühle hörten sofort auf. Der Darm wurde auch local mittels täglicher Eingiessungen von 1½ l Salicylsäurelösung behandelt. Die Anämie blieb anfangs ziemlich constant, als sich aber Patient circa 3½ Monate nach der Operation vorstellte, war der Hämoglobingehalt auf 71 % gestiegen; zu dieser Zeit wies Patient bereits eine Körpergewichtszunahme von 40 Pfund auf. Czerny entschloss sich wegen dauernden Wohlbefindens des Patienten und in der Annahme, dass der Darmprocess bereits geheilt war, zum Verschlusse der Kolostomiewunde. Nach einer vorübergehenden Blutbeimengung, die wahrscheinlich von der Nahtstelle herrührte, war die Reconvalescenz eine ungestörte; der Stuhl blieb frei von Blut, erfolgte spontan und war von normaler Farbe und Consistenz. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1902.)

Chinin als Stypticum und Antisepticum. Von Dr. Hugo Marx.

Auf Grund von Versuchen, die Vf. gelegentlich des Studiums der Blutbacterien anstellte, und gestützt auf eine Reihe von bacteriologischen wie klinischen Beobachtungen, glaubt Vf. das

Chinin als wirksames Stypticum und Antisepticum empfehlen zu können. Die desinficirende Kraft leitet Vf. theoretisch aus der Eigenschaft des Chinins, als Protoplasmagift zu wirken, ab, während eine Reihe von Versuchen praktisch die antiseptischen Eigenschaften erwiesen haben; die blutstillende Wirkung hingegen leitet Vf. von der Fähigkeit des Chinin. mur., die rothen Blutkörperchen zu agglutiniren, ab.

Für die praktische Verwendung des Chinins bedient man sich nach Angabe des Vfs. am besten der feuchten Tamponade, bezw. der Compression, indem Gazebäusche, die in 1—2%ige Chininum hydrochloricum-Lösung getaucht sind, in die Wunde eingeführt und bei parenchymatöser Blutung auf die blutende Fläche aufgedrückt werden. Eine schädigende Wirkung hat Vf. nie beobachtet, nie sah er eine Reaction irgend welcher Art.

Nach der Ansicht des Vfs. ist das Chinin im Stande, bei aseptischen Operationen einmal jeden letzten Rest parenchymatöser Blutung zu stillen, dann aber auch die spärlichen, von den operirenden Händen in die Wunde gelangten Keime vollends unschädlich zu machen. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 46, 1901.)

Zur Technik der Sehnen- und Nervennaht. Von Docent Dr. Georg Lotheissen.

Bei Verletzungen peripherer Nerven kommt es manchmal zu Substanzverlusten, welche durch die directe Naht nicht zu corrigiren sind; in solchen Fällen pflegte man früher zur Einschaltung eines Thiernerven oder eines Catgutzopfes seine Zuflucht zu nehmen, später hat Vanlair die Methode der „tubulisation des nerfs“ angegeben, die darauf beruhte, dass den Nervenfasern durch decalcinirte Knochenröhren der Weg gewiesen wurde. Die Röhren hatten aber den Nachtheil, dass sie rasch resorbirt wurden; ebenso wiesen auch die von Payr angegebenen Magnesiumröhren grosse Mängel auf. Vf. gelang es, in der Gelatine ein zweckentsprechendes Material zu finden, welches den Vortheil hat, durch Liegenlassen in Formalin gehärtet und schwer löslich gemacht werden zu können. Die Röhren können dann trocken sterilisirt und in Alkohol aufbewahrt werden.

Vf. benützte die Röhren sowohl bei Nervendefecten, als auch zum Schutze von Sehnennähten, quasi als künstliche Sehnenscheide, um die Verwachsung der Nahtstelle mit der Umgebung zu verhüten. In sieben Fällen von Sehnennaht heilten die Cylinder anstandslos ein. — (Arch. f. klin. Chir. Bd. 64, H. 2.)

Eine einfache Lagerungsvorrichtung für die untere Extremität. Von Dr. Klapp.

Um den Decubitus, welcher sich manchmal trotz vorsichtiger Fütterung der Schienen am Knöchel und der Ferse entwickelt, zu verhindern, sowie zur Heilung von bereits bestehendem Decubitus empfiehlt K. einen einfachen, überall anzubringenden Lagerungsapparat. Derselbe besteht aus einem Tricotschlauch, der bis über das Knie reicht und der mittels eines durchgesteckten Stockes lang ausgebreitet und an einer über dem Bette angebrachten Rolle aufgehängt wird. Man kann den Tricotschlauch entweder als Schwebe gebrauchen oder ihn mit einer Streckvorrichtung aus Heftpflasterstreifen (bei Behandlung von Oberschenkelfracturen) combiniren. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 61, H. 1 u. 2.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber Sterilität. Von R. Chrobak.

Vf. kommt vorerst auf die verschiedenen möglichen Ursachen der Sterilität zu sprechen und kommt bei seinen Betrachtungen zum Resultate, dass dieselben äusserst schwierig zu beurtheilen sind infolge mangelhafter Kenntniss des Generationsvorganges. Es sei für ihn ausser jedem Zweifel, dass Vorgänge chemischer und physikalischer Natur, deren Kenntniss uns jedoch bis jetzt vollkommen fehle, mit im Spiele sind. So lange man nicht im Stande ist, diese Vorgänge zu ergründen, kann auch kein Anhaltspunkt für die Therapie gefunden werden. Zu ergründen, wo da der Hebel anzusetzen sei, müsse späteren Forschungen überlassen bleiben. Dass die allgemeine Ernährung den Generationsvorgang in hohem Grade beeinflusse, steht ausser jedem Zweifel und muss bei der Behandlung der Sterilität auf diesen Umstand ganz besonders Bedacht genommen werden. Eine ganz besondere Bedeutung legt der Vf. einem wenig gekannten oder zumindest wenig beachteten Symptom bei, nämlich dem Abflusse des Sperma aus der Vagina nach dem Coitus. Wenn dieses Symptom bei vorhandener Sterilität als bestehend festgestellt ist, so muss getrachtet werden, dasselbe zu beheben. Die Ursachen dieses Symptoms liegen zumeist in narbigen Einziehungen nach Scheidendammriss und der dadurch bedingten Erschlaffung der Scheidenwände, weiters in Retroflexion und dadurch verursachten räum-

lichen Aenderungen des hinteren Scheidengewölbes, dem gewöhnlichen Depot der Spermaflüssigkeit. Auch dem Bau der hinteren Muttermundslippe schreibt der Vf. unter Umständen die Schuld für Sterilität zu und hat der Vf. in einer grösseren Anzahl von Fällen von Sterilität, wo der Zusammenhang mit Spermaabfluss festzustellen war, die Beseitigung der Sterilität durch Spaltung der hinteren Muttermundslippe erzielt. Bei Scheidendammrissen und dadurch bedingter Erschlaffung der Scheidenwände, welche Spermaabfluss zur Folge haben, wird sich Perineoplastik und Kolporrhaphie empfehlen. Ebenso wird bei durch Retreflexio uteri bedingtem Spermaabfluss irgend eine Form der rationellen Behebung dieses Uebels, entweder die conservative durch Pessarbehandlung, oder operative iu Anwendung zu ziehen sein. Sehr eingehend beschäftigt sich der Vf. mit der Geschlechtsempfindung und fasst er den Mangel derselben als eine functionelle Anomalie auf, welche auf Unregelmässigkeiten der physiologischen Vorgänge in den Generationsvorgängen hinweisen. Durch Erweiterung etwa vorhandener Stenosen der Cervix mittels Quellmittel konnte der Vf. in manchen Fällen von gänzlich mangelnder oder mangelhafter Sexualempfindung Besserung herbeiführen. Der Artikel, der mit viel Lust und Liebe geschrieben ist, verräth in jeder Zeile den gewiegten Praktiker und kann das Studium desselben im Originale Jedermann wärmstens empfohlen werden. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 51, 1901.) J. Königstein.

Schwangerschaftshypertrophie der Mammae und Nebenmammae. Von Dr. A. Foges.

Vf. war in der Lage, bei einer 18jährigen Frau vom Beginne des dritten Schwangerschaftsmonates ein ganz kolossales Wachsthum der Brustdrüsen zu beobachten. Damit ging gleichzeitig ein rapider Verfall der Kräfte, sowie eine hochgradige Abmagerung der Patientin einher. Da der Zustand der Patientin immer bedrohlicher wurde, so wurde die Unterbrechung der Gravidität quod sanationem ins Auge gefasst. Da dies jedoch von der Patientin nicht zugelassen wurde, so musste man sich zur Amputation der hypertrophischen Mammae und Nebenmammae entschliessen. Der operative Eingriff wurde von Gersuny im Rudolfinerhause vorgenommen und von der Patientin gut überstanden. Die Gravidität wurde durch die Vornahme der Operation in keinerlei Weise tangirt, sie ging dem normalen Ende zu und wurde ein gesundes kräftiges Kind zur Welt gebracht.

Glücklicherweise ist diese Art der Erkrankung eine äusserst seltene. Jedenfalls wäre es im Wiederholungsfalle sehr wissenswerth. zu ergründen, ob bei einer eventuellen Unterbrechung der Gravidität die Hypertrophie wieder spontan zurückgegangen wäre und ob bei einer neuerlich eintretenden Gravidität der Process von Neuem eingesetzt hätte. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 51, 1901.) J. Königstein.

Das Wesen der Dysmenorrhöe. Von Dr. Menge.

Nach Menge gibt es zwei Formen der Dysmenorrhöe: 1. Die idiopathische, welche auf eine Erkrankung der Genitalorgane nicht zurückzuführen ist. 2. Die secundäre Form der Dysmenorrhöe, welche die Folge von örtlichen Erkrankuugen der Genitalorgane ist. Vf. führt alle Dysmenorrhöen auf eine menstruelle Thätigkeit des Uterus zurück, die einerseits durch eine prämenstruelle Schwellung der Schleimhaut des Uterus und durch das Menstrualblut bedingt wird. Während nun diese Wehenthätigkeit von Frauen, die geistig und körperlich gesund sind, gar nicht oder kaum merklich empfunden wird, verhält sich dies bei Frauen, die nervenkrank, im Besonderen hysterisch oder neurasthenisch sind oder deren Becken oder Genitalorgane erkrankt sind, wesentlich anders. Hier werden alle jene Sensationen ausgelöst, welche unter dem Symptomencomplex „Dysmenorrhöe“ zusammengefasst werden. Menge stellt die Behauptung auf. dass jede Menstruation von Wehen begleitet sei und alle dysmenorrhöischen Beschwerden auf eine krankhaft gesteigerte oder zumindest zum Bewusstsein kommende Wehenthätigkeit zurückzuführen sei. Aus dem Vorhergegangenen ergibt sich naturgemäss, dass die Therapie dem Grundübel an den Leib rücken muss. Dort, wo die Ursache in einem kranken Nervensystem liegt, wird das ganze Arsenal der gebräuchlichen und zweckentsprechenden therapeutischen Hilfsmittel ins Feld geführt werden müssen, Massage, Hydrotherapie, Gymnastik, Mastcuren. Die Entfernung solcher Patientinnen aus ihrer gewohnten Umgebung hält der Verfasser für besonders wirksam. Bei örtlichen Erkrankungen der Becken- und Genitalorgane muss ebenda der Hebel der therapeutischen Massnahmen angesetzt werden. Nicht unerwähnt darf bleiben, dass der Autor die Wirkung der nasalen Therapie bei der idiopathischen Form der Dysmenorrhöe leugnet und dieselbe als Suggestionswirkung erklärt. — (Centralbl. f. Gynäkol. Nr. 50, 1901.) J. Königstein.

Zur Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Von E. Ihm.

Eine der schwierigsten Fragen, deren exacte Lösung noch aussteht, ist die des Verhaltens gegenüber der Extrauteringravidität. Soll bei abgestorbener Frucht in den ersten Monaten und bei fertig ausgebildeter Hämatocele operativ oder abwartend vorgegangen werden? Der Autor, welchem das Material der Königsberger Frauenklinik zur Verfügung stand, hatte Gelegenheit. im Laufe von 2¼ Jahren 39 Fälle in dieser Richtung zu beobachten und wissenschaftlich zu verarbeiten. Von diesen 39 Fällen wurden 20 Fälle in Beobachtung genommen, d. h. es wurde abgewartet, während die anderen 19 Fälle der operativen Behandlung unterzogen wurden. Die Vergleiche der erzielten Resultate bei beiden Methoden ergaben gleich gute Chancen für jede der beiden Arten von therapeutischem Vorgehen, nur fällt ein Moment schwerwiegend in die Waagschale zu Gunsten der operativen Methode. dass nämlich die der Operation Unterzogenen ausnahmslos alle nach vier Wochen wieder vollkommen arbeitsfähig waren, während bei den conservativ Behandelten Monate, ja sogar Jahre vergingen. ehe volle Arbeitsfähigkeit wieder eintrat, ein Umstand, der nicht zu unterschätzen ist, da ja derselbe mit den sonstigen Existenzbedingungen in engstem Zusammenhange steht. Aus diesem Grunde entscheidet sich der Verfasser zu Gunsten der operativen Behandlung. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 46. H. 2.) J. Königstein.

Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur. Von Prof. Dr. Otto v. Franqué.

Vorerst bespricht der Vf. die verschiedenen Ursachen, durch die eine Uterusruptur hervorgerufen. eventuell die Entstehung derselben begünstigt werden kann. Der Autor unterzieht die Erwägung der Frage, inwieweit die abnorme Ausdehnung des Uterus (Hydramnios, Gemini) das Entstehen einer Ruptur fördern könne. einer Kritik und macht bei dieser Gelegenheit besonders darauf aufmerksam, dass die so häufig geübte intrauterine Kolpeuryse bei stehender Blase zur Beschleunigung langsam verlaufender Geburten bei Begünstigung der Entstehung von Rupturen in der Praxis nicht genügend beachtet wird. Nach Beschreibung des Symptomencomplexes der Uterusruptur geht F. zur Besprechung der Verhütung der Ruptur über und schliesslich zur Besprechung der Therapie sowohl der completen als incompleten Ruptur. Er unterzieht die üblichen therapeutischen Massnahmen

einer kritischen Besprechung und schliesst mit folgenden Vorschlägen: Die Entbindung ist in vorsichtigster Weise auf natürlichem Wege zu beenden. Ein Druckverband des Abdomens wirkt sehr unterstützend und der Uterus ist zu drainiren oder mit Jodoformgaze zu tamponiren. Auf weitere Details kann hier nicht eingegangen werden. Wer grösseres Interesse für das vorliegende Thema hat, dem kann die aufmerksame Lectüre des Originalartikels bestens angerathen werden. — (Würzb. Abhandl. Bd. 2, H. 1.) J. Königstein.

Ein neuer Beitrag zur Frage der Radicaloperation beim Uteruskrebs. Von Prof. G. Wertheim.

Der Vf. bringt eine zweite Serie von 31 Fällen abdominaler Radicaloperation. Er gibt in Kürze Angaben über den Befund, wobei auf die Ausdehnung des Ca. und die Erkrankung der regionären Lymphdrüsen besonders Rücksicht genommen wird. Er skizzirt den Gang der Operation, die sich ereignenden Zwischenfälle, besonders Nebenverletzungen, den Heilungsverlauf. Während von der ersten Serie auf gleiche Weise operirter Ca. cervicis-Fälle 12 Patientinnen dem Eingriffe erlagen, gingen in der zweiten Serie nur fünf Fälle an den Folgen der Operation zugrunde. Obwohl der Ureter niemals verletzt wurde, traten doch in der zweiten Serie fünfmal Ureterscheidenfisteln auf, die zweimal Nephrektomie und einmal Exitus letalis nach sich zogen. Weiters gibt er einige Mittheilungen über die Operationstechnik und Nachbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der so häufig nach der Operation auftretenden Blasenparesen. — (Arch. f. Gynäkol. Bd. 65, H. 1.) J. Königstein.

Urologie.

Conservativ operative Behandlung von Nierenläsionen. Von Prof. Tscherning.

Vf. referirt über zwei Fälle traumatischer Nierenblutungen, welche auf conservativem Wege der Heilung zugeführt werden konnten.

Ein siebzehnjähriger Lehrjunge wird nach einem Sturz vom zweiten Stockwerk ins Hospital gebracht. Starke Contusionen der rechten Rachenhälfte, intermittirende Hämaturie, zunehmende Anämie bilden die krankhaften Veränderungen. Durch Cystoskopie wurde festgestellt, dass die rechte Uretermündung durch

ein Coagulum verstopft war, Nephrotomie. Die Niere zeigte eine querlaufende Ruptur, reichliche pralle Blutansammlungen unter der Kapsel und im Nierenbecken. Nach Ausräumen der Coagula Tamponade der Wunde. Glatte Heilung.

Der zweite Fall betraf eine dreissigjährige Schneiderin, die durch Fall vom Tische sich auf einer Scheere in der linken Lendengegend aufspiesste. Die Stichwunde heilte schnell, danach hielt sich aber in der folgenden Zeit remittirende Hämaturie. Durch Nephrotomie wurde eine mit Blutcoagulis gefüllte, im Nierengewebe liegende Höhle geöffnet. Nach Ausräumung der Höhle sah man in der sonst glatten Wand eine feine Oeffnung, aus welcher ein pulsirender Blutstrahl hervorspritzte. Nach Umstechung dieses Punktes wurde die Niere und das Becken vernäht. Verlauf reactionslos. Heilung nach 23 Tagen. — (Kopenhagen, med. Ges.) N.

Zur Kenntniss und chirurgischen Behandlung der angeborenen Harnleiteranomalien. Von Dr. S. Grosglik.

Die Anomalien, welche, abgesehen von den ausschliesslich als Missbildungen zu deutenden Mastdarm- und Cloakenmündungen, die Ureteren betreffen, subsumirt G. in drei Gruppen:

1. Kann der untere Ureterabschnitt an der normalen Stelle des Lieutaud'schen Dreiecks mittels abnorm enger Mündung oder aber blind unter der Blasenschleimhaut enden, wobei er nur die Muscularis der Blase durchbohrt; 2. mündet der Harnleiter in den hinteren Urethralabschnitt in der Gegend des Samenhügels oder communicirt unmittelbar mit den Samenwegen, also mit dem Ductus ejaculatorius, dem Samenleiter und dem Samenbläschen; 3. mündet der untere Abschnitt des Ureters in die weibliche Harnröhre, die Scheide oder die Vulva.

Vom Standpunkte der praktischen Chirurgie besitzen die Entwicklungshemmungen der zweiten Gruppe eine geringe Bedeutung. Sie rufen keine klinischen Erscheinungen hervor; in der Mehrzahl der Fälle wurde ein Mangel der entsprechenden Niere festgestellt oder es betraf die Störung einen überzähligen Harnleiter und bedingte cystische Entartung eines kleinen Nierenabschnittes. Einschlägige Fälle sind bisher 20 zur Kenntniss gelangt, wobei sich auch die Anomalie stets als zufällige Erscheinung bei der Autopsie ergab. Mehr Berücksichtigung verdient jener Entwicklungsfehler, welcher sich auf die Verengerung oder blinde Endigung des Harnleiterendes in der Blasenwand bezieht.

Die Diagnose ähnlicher Veränderungen begegnet intra vitam den grössten Schwierigkeiten, weshalb dieselben auch nur in den seltensten Fällen richtig erkannt werden. Als den ersten bei Lebzeiten diagnosticirten und operativ behandelten Fall führt G. eine eigene Wahrnehmung an, die gleichzeitig auf den fraglichen Krankheitsprocess ein gewisses Licht zu werfen geeignet ist.

Ein 39jähriger Mann, der bis dahin ganz gesund war, wurde October 1897 plötzlich von starken Schmerzen im rechten Hypochondrium befallen, die von Stunde zu Stunde heftiger wurden und sich alsbald auf die rechte Lendengegend und Bauchhälfte verbreiteten. Die continuirlich bestehenden Schmerzen, welche als stechend beschrieben wurden, sollen in der Folge besonders während der Miction an Intensität zugenommen haben. Neun Monate nach diesem mehrtägigen Anfalle trat, nachdem der Harn schon früher eine eitrige Trübung aufgewiesen hatte, Hämaturie auf, um sich rasch nach einander noch einige Male zu wiederholen. Aus dem Status sei hervorgehoben, dass der alkalisch reagirende Harn Spuren von Eiweiss und Blutfarbstoff aufwies. Im Sediment waren rothe Blutkörperchen, zahlreiche Leukocyten, spärliche Plattenepithelien der abführenden Harnwege, sowie eine geringe Anzahl hyaliner Cylinder gefunden. Die erst nach mehrwöchentlicher Beobachtung ausgeführte Cystoskopie brachte eine wallnussgrosse, kugelige rosarothe Geschwulst zur Ansicht, welche etwa 2 cm nach rechts hin von der Harnröhrenmündung lag. Der transparente Tumor zeigte deutlich eine Localisation im Trigonum Lieutaudii und schien keinen Stiel zu besitzen. Die Ureterenmündungen waren unsichtbar. Die Diagnose lautete auf Tumor vesicae nebst Pyelitis und wurde am 10. Jänner 1899 die Operation ausgeführt. Die Sectio alta machte die Geschwulst zugänglich, welche an der Ausmündungsstelle des rechten Ureters sass und alle Eigenschaften einer Cyste aufwies. Beim Versuche, dieselbe zu exstirpiren, kam sie unter Entleerung einer beträchtlichen Menge trüber Flüssigkeit zum Platzen. Der mittels Scheere erweiterte Riss führte in eine weite glattwandige Höhle; es war der beträchtlich erweiterte Ureter, was sich durch die combinirte Palpation als zweifellos feststellen liess. Um dem Urin der rechten Niere freien Abfluss zu gewähren, wurden die Cystenränder aufgefrischt und miteinander vereinigt und der Ureter

durch die Blasenwände drainirt, der Blasenschnitt mit den Hauträndern vereinigt und in die Blase per vias naturales ein Verweilkatheter eingeführt. Die Harnmenge der rechten Niere betrug 800 cm^3, die der linken Niere 1000 cm^3. Das Secret des rechten Organes trübe. Nach einer Woche Entfernung des Ureterdrains und secundäre Blasennaht, Heilung. Ein Jahr später zeigte sich der Harn des sonst gesunden Mannes zwar immer noch trübe, doch ohne Spuren von Blut. Die cystische Erweiterung des vesicalen Uretersegmentes führt G. auf die angeborene Verengerung der Ausmündung und den consecutiven, vollkommenen Verschluss derselben zurück. Die völlige Verlegung des Jahre hindurch immerhin noch normal functionirenden verengten vesicalen Ureterenostiums dürfte nach Vfs. Vermuthung durch ein eingekeiltes Concrement bedingt worden sein, nach dessen Abgang der Harnleiter wieder, wenn auch mangelhaft, zu functioniren vermochte. Der absolute Verschluss des Harnleiters ist überdies schon aus der nachträglich constatirten prompten Function der rechten Niere auszuschliessen gewesen. — (Monatsb. f. Urol. Bd. 6, H. 10, 1901.) N.

Zur operativen Behandlung der Hypospadie. Von Dr. C. Beck.

Dem allgemein nach der Thiersch'schen Methode geübten Verfahren stellt Vf. die Vortheile seines mit viel Erfolg geübten Eingriffes gegenüber: Er schafft keine neue Harnröhre, sondern mobilisirt die alte und ersetzt das fehlende Stück durch die der Harnröhre physiologisch innewohnende Dehnbarkeit. Die Technik der Operation wird eingehend geschildert. Die lospräparirte Urethra wird an die aufgefrischte Glandarfurche emporgezogen oder durch eine Canalbohrung der soliden Glans durchgeführt und in dieser Dislocation mittels Suturen fixirt, das verschobene — wiedervereinigte Präputium formirt die äussere Umhüllung. Das Verfahren garantirt die besten Erfolge in der frühesten Jugend. Das jüngste Kind, das Vf. operirte, war erst fünf Monate alt. Leichte Einknickungen des Penis während der Erection infolge der Operation bedürfen der Nachbehandlung, und zwar solche geringen Grades der Sondirung mit starken Metallsonden, grössere, longitudinaler Incisionen, welche dann transversal vernäht werden. Die Methode hat sich auch bei anderen pathologischen Zuständen der Harnröhre bewährt. — (The New-York med. Journ. 8. Dec. 1900.) N.

Zahnheilkunde.

Moderne Mundwässer. Von M. Loewe.

Um den Werth einiger in neuerer Zeit vielfach gepriesener Mundwässer — Odol, Kosmin, Stomatol u. a. — zu prüfen, unternahm L. eine Reihe von Versuchen an Menschen. Drei gesunde Männer spülten den Mund in gleicher Weise mit dem zu untersuchenden Wasser, das Spülwasser wurde in einem sterilen Gefässe aufgefangen und theils centrifugirt, um die Einwirkung des Mundwassers auf die Epithelien der Mundschleimhaut festzustellen, theils zur Ausgiessung auf Gelatine und Agarplatten verwendet. In einer weiteren Versuchsreihe wurden zu Aufstrichpräparaten von Staphylokokken und Typhusbacillen auf Agar gleiche Mengen des Mundwassers zugesetzt und das Verhalten der Culturen nach 24—48 Stunden notirt.

Sämmtliche Versuche ergaben zunächst, dass die im Sputum befindlichen, also normalerweise abgestossenen Epithelien ohne vorhergegangene Mundspülung ebenso zahlreich sind, wie nach der Reinigung mit den Mundwässern. Eine vollkommene Sterilisirung der Mundhöhle durch die gebräuchlichen Mundwässer herbeizuführen, wären wir nur dann im Stande, wenn wir Mittel anwendeten, welche die Schleimhaut und mit ihr alle Mikroorganismen *zerstören* würden. Aber auch hier würde die Desinfection nur vorübergehend sein, da durch die Athmungsluft, durch Speisen und Getränke alsbald wieder neue Keime eingeführt werden. In der That gelang es L. bei seiner ersten Versuchsreihe nicht einmal, verlässliche Zählungen der Keime vorzunehmen, da das auf Gelatine gebrachte Spülwasser bei allen ihm zu Gebote stehenden Mundwässern ein derartig üppiges Wachsthum der Bacterien zeigte, dass es nach 48 Stunden zu vollständiger Verflüssigung des Nährbodens kam. Erfolgreicher gestalteten sich L.'s spätere Versuche, welche die Ueberlegenheit des *Kosmin* gegenüber den anderen bekannten Mundwässern (Odol, Stomatol u. a.) ergab. (*Kosmin* besteht aus 58 Alkohol, 41 Wasser, 0·3 Formaldehyd, 0·3 Extr. Myrrh. und Ratanh., 0·2 Saccharin und einer Spur Ol. Menth. pip. und Ol. Geran. Ref.) Als Resultat des Aufstriches ergab sich nämlich für Kosmin nach 24 Stunden bei Staphylokokken ein sehr mässiges Wachsthum, bei Typhusbacillen das Auftreten von fünf Colonien; für Odol und Stomatol hingegen bei Staphylokokken und Typhusbacillen starke Trübung des Condenswassers und

üppiges Wachsthum auf dem Nährboden. L. vermuthet mit Recht, dass die Ueberlegenheit des Kosmin in Bezug auf seine keimtödtende Wirkung dem Gehalte an Formaldehyd zuzuschreiben ist, und empfiehlt dieses Mittel für den täglichen Gebrauch bei gesunden Menschen. Eine schädliche Wirkung (Lippenekzem, Aetzwirkung u. dgl.) schliessen seine Versuche aus. Trotz der Beweiskraft seiner Untersuchungen vergisst aber L. nicht zu betonen, dass es stets Sache des Zahnarztes ist und bleiben muss, bei seinen Patienten zu individualisiren und gegebenenfalls ein eigens zu receptirendes Mundwasser zu ordiniren. — (Centralbl. f. Bact., Paras. u. Infect., Bd. 30, H. 22.)

R. Kronfeld.

Studien und Beiträge zur Technik der Mundhöhlenchirurgie. Von Dr. R. Weiser.

W. bespricht zunächst die Frage: Nach welcher Methode eröffnet man am besten das Antrum Highmori? Die Methode von Mikulicz, welche von manchen Rhinologen für Probepunction und für acute Affectionen empfohlen wird, ist für den Zahnarzt von geringerer Bedeutung als der von Cooper und Küster angegebene Weg. W. empfiehlt die Eröffnung von der Alveole aus nur in jenen Fällen, wo ein Antrum-Empyem unzweifelhaft durch einen Zahn verursacht wurde, wenn dessen Wurzeln durch Alveolar-Pyorrhöe oder Alveolar-Atrophie grösstentheils freigelegt sind, so dass an eine Conservirung des Zahnes nicht mehr gedacht werden kann. Desgleichen wird man die Cooper'sche Methode wählen, wenn das Empyem von einem zweiten oder dritten Molaris ausgeht, dessen Wurzeln zwar noch fest, dessen Behandlung aber wegen localer Schwierigkeiten nicht ausführbar ist. Handelt es sich dagegen um einen Prämolaris oder um den ersten Molaris, so wird man, wo immer dies nur möglich, den Zahn zu erhalten trachten und der Küsterschen Methode zur Eröffnung des Antrums den Vorzug geben.

Bei Antrumaffectionen nicht dentalen Ursprungs hält W. die Eröffnung des Sinus nach Cooper für verfehlt. Denn es ist

1. möglich, dass man von der Alveole überhaupt nicht ins Antrum, sondern — wie dies bereits mehrmals geschah — in den unteren Nasengang oder unter das Periost der Fossa canina geräth;

2. findet man auf dem Wege durch die Alveole eines gesunden Zahnes grössere Schwierigkeiten vor, als wenn man von der facialen Wand in das Antrum eindringt;

3. ist bei der Extraction eines gesunden Zahnes die Möglichkeit einer Fractur vorhanden, wodurch die Operation wesentlich complicirt würde.

Die Küster'sche Methode modificirt W. in folgender Weise: Lappenschnitt mit der Convexität nach unten durch Mucosa und Periost, Durchbohrung der facialen Antrumwand mit einem 2—3 mm grossen Bohrer, Erweiterung der Bohröffnung mit einer Stangenfraise bis zu der gewünschten Weite. Verschlossen wird die Oeffnung durch einen soliden, zapfenförmigen Obturator aus Glas, Hartgummi oder Metall, der entweder vermöge seiner Länge und durch den Druck der Wange oder durch eine um den Nachbarzahn geklammerte flügelartige Platte in situ erhalten wird.

Des Weiteren gibt W. einige Verbesserungen an, welche bei Ausführung der Wurzelspitzenresection mit Vortheil angewendet werden können. Es handelt sich bei dieser Operation um die radicale Behandlung der chronischen Alveolarabscesse und der Zahnwurzelcysten bei Conservirung des Zahnes. Man durchtrennt mit dem Scalpell Schleimhaut und Periost des Alveolarfortsatzes, schiebt mittels des Raspatoriums das Periost zurück und lässt die 1·5—2 cm langen Wundränder mit Wundhaken auseinanderhalten. Sodann bohrt man mit einem kleinen Rosenbohrer die Lamina vitrea der facialen Platte des Alveolarfortsatzes durch, erweitert die Oeffnung mit einem als Stichsäge dienenden lanzenförmigen Bohrer und erblickt nun im Grunde der Oeffnung die erkrankte Wurzelspitze, welche sofort mit demselben Bohrer resecirt werden kann. Treibt man jetzt durch den Wurzelcanal des Zahnes eine antiseptische Lösung ein, so rieselt sie durch die Wunde am Alveolarfortsatz heraus und nimmt auf ihrem Wege alle Elemente, welche zur Cysten- oder Abscessbildung Anlass geben, mit.

Schliesslich empfiehlt W. auf Grund anatomischer Betrachtungen eine originelle Methode zur Behandlung schwerer Ostitiden des Unterkiefers, welche, vom Weisheitszahn oder dem zweiten Molaris ausgehend, den Patienten mit den Gefahren der Phlegmone, Lymphadenitis, selbst Pyämie bedrohen. In solchen Fällen wird gewöhnlich der schuldtragende Zahn extrahirt. Es nützt dies aber nur dann, wenn durch die Extraction der Eiterherd breit eröffnet wird. Gar nicht selten hat übrigens die Kieferklemme einen so hohen Grad erreicht, dass man kaum untersuchen, ge-

schweige denn in dem septischen Operationsfeld extrahiren kann. Für solche Fälle schlägt W. folgenden Weg vor: Man führt einen 5—7 cm langen Schnitt vom Angulus maxillae längs des Unterkieferrandes nach vorwärts durch Haut und Platysma myoides. unterbindet und durchschneidet die Arteria max. ext. und die Vena fac. ant., durchtrennt das Periost und gelangt sofort an den blanken Knochen, woselbst man den Knochenabscess mit der Bohrmaschine leicht und breit eröffnen kann. Als Vortheile dieser Methode führt W. an: Operateur und Narkotiseur sind einander nicht im Wege, der Verlauf der Operation wird durch Blutung fast gar nicht, von Speichel, Erbrechen überhaupt nicht beeinflusst, das Operationsfeld ist im Vergleiche mit der Mundhöhle eines an Ostitis des Unterkiefers Leidenden nahezu aseptisch, die Freilegung des sonst schwer zugänglichen Eiterherdes erfolgt auf dem Wege einer typischen Operation, man kann den schuldtragenden Zahn einer conservirenden Behandlung zuführen und etwaige Lymphdrüsenabscesse gleich von der Wunde aus behandeln. Der einzige Nachtheil wäre der einer äusseren linearen Narbe. — (Oesterr.-ungar. Vierteljahrsschr. für Zahnheilk., Jahrg. 27, Nr. 3.) R. Kronfeld.

Zum Capitel der Zähne und Zahnpflege bei den Schulkindern. Von B. Gutenberg.

G. hatte Gelegenheit, sich als Schularzt von der erschreckenden Minderwerthigkeit der Zähne bei der Schuljugend zu überzeugen. Fast bei 90% der Kinder fand er mangelhafte und schlechte Zähne. bei Mädchen mehr als bei Knaben, was auf Rechnung der bei ersteren häufiger auftretenden Bleichsucht zu setzen ist. Im Uebrigen liegt bei beiden Geschlechtern die Schuld an dem immer mehr überhandnehmenden Unvermögen der Mütter, ihre Kinder selbst zu stillen, an der starken Verbreitung der Rhachitis, der modernen Ernährungsweise u. A. m. Abgesehen von den Qualen. welche ein derartig defecter Zustand des Gebisses dem Kinde selbst verursacht, ist er eine Quelle vieler secundärer Erkrankungen und ein sociales Uebel, weil späterhin grosse Summen zur Beseitigung der häufig irreparabeln Veränderungen aufgewendet werden müssen. Als Beispiel führt G. die Ortskrankencassa in Darmstadt an, welche im Jahre 1900 für zahnärztliche Behandlung ihrer Mitglieder den siebenten Theil der Gesammtausgabe für ärztliche Zwecke verwenden musste!

Um diesem Uebel zu steuern, müssen sich Schule und Haus

verbinden. Es ist dringend erforderlich, dass die Eltern aus ihrer Indolenz gerüttelt und mit den verhängnissvollen Folgen einer in der Kindheit vernachlässigten Zahnpflege bekannt gemacht werden. Es geschieht dies am besten durch Ermahnung in der Schule und Vertheilung von kurz und präcise abgefassten Erklärungen an die Eltern, in welchen in wenigen, aber inhaltsreichen Worten alles Nöthige gesagt wird; namentlich wird der Hinweis auf die in cariösen Zähnen enthaltenen pathogenen Keime (Tuberculose, Diphtherie u. a.) seine Wirkung nicht verfehlen. — (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. Nr. 8, 1901.) R. Kronfeld.

Kinderheilkunde.

Die Ernährung gesunder und kranker Säuglinge mit gelabter Kuhmilch. Von Dr. Leo Langstein.

Es handelt sich um klinische Untersuchungen über den Werth des Verfahrens, das vor Kurzem v. Dungern, um die schädliche klumpenförmige Gerinnung der Kuhmilch zu vermeiden, in Vorschlag gebracht hat. Darnach wird die auf Körpertemperatur erwärmte Kuhmilch durch Zusatz von Labferment (an Milchzucker gebunden, Präparat „Pegnin“, Höchster Farbwerke) zur Gerinnung gebracht, und das Gerinnsel durch Schütteln fein vertheilt. Die so gelabte Milch wird ebenso leicht verdaut, wie Muttermilch, während grossklumpig geronnenes Kuh- und Ziegenmilchcaseïn der Verdauung länger widersteht.

In 25 Fällen des ambulatorischen Materiales wurde die gelabte Milch bei Kindern unter einem Jahre, grösstentheils solchen, die bei künstlicher Ernährung erkrankt waren, gegeben. Fast in allen Fällen war ein Rückgang der gastro-intestinalen Symptome bemerkbar, das Erbrechen schwand rascher als die schlechte Beschaffenheit der Stühle. Trotz des Werthes der mit Beginn der Behandlung eingetretenen vernünftigen diätetischen Massnahmen ist sicher der Darstellungsweise der Nahrung auch ein guter Theil der erzielten Resultate zuzuschreiben. Misserfolge blieben, wie selbst nicht bei Brustkindern, auch hier nicht aus. Die Möglichkeit der Darreichung der Milch in concentrirterer, selbst unverdünnter Form ist ein grosser Vortheil des Labprocesses. Die Assimilation ist eine vortreffliche. Besonders eclatant war oft die Besserung der Kolikschmerzen und das

leichtere Ueberstehen intercurrenter Krankheiten. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Jänner 1902.)

Die subcutane Gelatineinjection bei Melaena neonatorum. Von Dr. Holtschmidt.

In der Dresdener Frauenklinik wurden fünf Fälle von Melaena vera mit Gelatineinjectionen behandelt. Die dazu verwendete 2%ige Gelatinelösung wurde in einer mit Watte verstopften Flasche durch 5—6 Stunden im Wasserbade erhalten, worauf sie beim Erkalten erstarrte. Verflüssigung oder Trübung deutete auf Bacterienwachsthum in der Lösung, die bis zum Gebrauche in der zur Sterilisation verwendeten Flasche blieb. Zum Zwecke der Injection wurde die sterile Lösung auf Blutwärme gebracht, wobei sie sich wieder verflüssigte, und für gewöhnlich 15 cm^3 mittelst einer ausgekochten Spritze in das Unterhautzellgewebe der Brust oder der Oberschenkel injicirt. Bei drei Kindern stand die Blutung sofort, bei einem Kinde musste sie einmal, bei einem zweimal wiederholt werden. Ohne Anwendung eines anderen Hämostypticums führte die Gelatine also in allen Fällen zur Heilung, während früher von 14 Fällen 7 gestorben waren. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1902.)

Ueber Benützung von roher Milch bei Atrophie und chronischem Darmkatarrh bei Säuglingen. Von Dr. S. Monrad.

Die ursprüngliche Absicht Soxhlet's, durch seine Methode die Keime der Kuhmilch abzutödten, wurde mit solcher Begeisterung aufgenommen, dass man in der Folgezeit den Werth des Verfahrens zu überschätzen und dem Sterilisirungsverfahren auch einen günstigen Einfluss auf Verdaulichkeit und Nährwerth der Kuhmilch zuzuerkennen geneigt war. Eine kritische Durchsicht der Literatur lässt M. einen erschöpfenden Beweis für einen grösseren Nährwerth der sterilisirten Milch vermissen. Dass im Gegentheile für gewisse Fälle die bisher so verpönte rohe Kuhmilch zu Erfolgen führt, die durch andere Ernährungsmethoden absolut nicht zu erreichen waren, illustriren fünf Krankengeschichten, die M. mittheilt. Es handelte sich um schwer atrophische, elende, an dyspeptischen Erscheinungen leidende Kinder, die bei Ernährung mit den verschiedensten Präparaten, insbesondere sterilisirter Milch, Gewichtsstillstand auf einer dem frühesten Alter entsprechenden Stufe zeigten, bei Verabreichung roher Milch jedoch ein plötzliches und dauerndes Ansteigen der Gewichtscurve und andere deutliche Anzeichen ihres gebesserten

Gedeihens erkennen liessen. Wohl ist die Zahl von fünf Fällen eine geringe, um daraus allgemeine Schlüsse zu ziehen, aber es sind die einzigen Kinder, bei denen das Regime in Anwendung kam, und alle zeigten Erfolge. In einem der Fälle hatte eine einmalige irrthümliche Verabreichung sterilisirter statt roher Milch sofort ein Auflodern der Dyspepsie zur Folge. Es war in allen Fällen dasselbe Quantum roher Milch gegeben worden, das vorher an sterilisirter verwendet worden war.

Zur Erklärung der Beobachtung möchte Vf. der Möglichkeit Ausdruck geben, dass vielleicht doch beim Sterilisirungsprocess Störungen in den chemischen Bestandtheilen der Milch vor sich gehen, die den Nährwerth derselben verringern. Durch die lange Zeit währende Siedetemperatur können weiters neben den pathogenen die saprophytischen Mikroorganismen der Milch zerstört werden, von denen einige einen Einfluss auf die Verdaulichkeit der Milch ausüben, wie die proteolytischen Bacterien, milchsäuregährende Mikroben, eventuell auch nützliche Colistämme.

Was die Indicationen für die Verabfolgung roher Milch betrifft, soll dieselbe ja nicht mit der sterilisirten concurriren. Die sterilisirte Milch hat so werthvolle Resultate geliefert, dass nur bei Fehlschlagen des unter allen möglichen Cautelen und üblichen Variationen angewendeten Soxhlet-Verfahrens die rohe Milch versucht werden soll. Sie wird oft gut wirken bei chronischem Magen-, Darmkatarrh, besonders mit gastrischen Symptomen. Eine andere Indication ist die Atrophia infantilis, wenn weder sterilisirte, noch einfach gekochte Milch eine Besserung hervorruft.

In Verwendung kommen soll Kuhmilch von gesundem Viehstand, die vom Melken bis zum Gebrauche bei niederer Temperatur (unter 5° C.) ruhig steht; Sammelmilch ist der einer Kuh vorzuziehen. Peinliche Reinlichkeit, sofortiges Verdünnen und Auftheilen auf die Einzelrationen, Verschliessen der Flaschen mit steriler Watte bis zum Gebrauche ist genau zu beachten.

Prüfung auf Gesundheitszustand der Kühe wird die Gefahr der Tuberculose ausschalten lassen. Zudem ist die Fütterungstuberculose beim Menschen selten, andere Mikroben sind vielleicht gefährlicher. Grösste Reinlichkeit und Sorgfalt beim Melken und richtige Stallhygiene sind die wichtigsten Factoren. Endlich ist es selbstverständlich, dass man sich Gewissheit verschaffen

muss, dass in den betreffenden Landwirthschaften weder Typhus, noch Diphtherie oder Aehnliches herrscht. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Jänner 1902.)

Pyelonephritis beim Kinde. Heilung nach Nephrektomie. Von Dr. Louis Fischer.

Das 12½jährige Kind war vorher unter der Diagnose Malaria und Anämie behandelt worden. Syphilis und Tuberculose fehlen in der Anamnese. Die Untersuchung ergab das Bestehen eines grossen Abdominaltumors über der rechten Niere, darüber percutorisch gedämpfter Schall. Die rectale Untersuchung löste vom Tumor gegen die Ileocöcal- und Umbilicalgegend strahlende Schmerzen aus. Bei Urinuntersuchungen blieben die Forschungen nach Eiter- oder Blutgehalt immer negativ. Die Temperatur war normal, der Ernährungszustand verschlechterte sich zusehends.

Bei Vornahme der Laparotomie zeigte sich das Nierenbecken in einen Eitersack umgewandelt und bei mikroskopischer Untersuchung fanden sich Tuberkelbacillen. Nach der Nephrektomie erholte sich das Kind rasch. — (New-York Academy of Medicine Pediatrics 1901.)

Deutliche Dilatation des Kolons von siebenjähriger Dauer. Von Dr. W. L. Stowell.

Ein neunjähriger Knabe hatte in seinen ersten zwei Lebensjahren zwei Attaquen von Sommerdiarrhöe durchgemacht. Anfangs Brustkind, war er später hauptsächlich mit Cerealien ernährt worden. Seit früher Kindheit bestand hartnäckige Obstipation. Seit einer Woche war bei der ersten Untersuchung des Kindes kein Stuhl abgegangen. Das Abdomen war sehr gross, das Kolon war, enorm dilatirt, deutlich sichtbar. Das Bewusstsein des Knaben war benommen, wie immer, wenn die Obstipation längere Zeit bestanden hatte. Auf hohen Salzwassereinguss gingen einige scybalöse Massen und eine Menge dunklen flüssigen Stuhles ab. Das Abdomen mass nun 60 cm (gegen 71 cm vorher). Rectumstenose und Hämorrhoiden konnten ausgeschlossen werden. Offenbar waren die Muskelfasern des Kolons so gedehnt worden, dass eine normale Peristaltik nicht ausgelöst werden konnte. Dyspepsie oder Flatulenz bestanden bei dem Kinde nicht, ausser wenn einige Tage kein Stuhl abgegangen war. Massage und allgemein tonisirende Mittel wären wahrscheinlich günstige Heil-

factoren für solche Zustände. — (New-York Academy of Medicine Pediatrics 1901.)

Beiträge zur Kenntniss des acuten Mittelohrkatarrhs bei Kindern. Von Dr. Rey.

Gelegentlich zweier Epidemien sammelte Rey werthvolle Erfahrungen über den Mittelohrkatarrh bei Kindern, der häufig epidemisch auftritt und nicht selten infolge Vernachlässigung genauerer Ohruntersuchungen übersehen wird. Das häufige gleichzeitige Vorkommen croupöser Pneumonien und acuter Otitiden weist auf einen gemeinsamen Erreger beider Krankheiten hin, der im Ohreiter fast immer als Friedländer'scher, resp. Weichselbaum'scher Mikroorganismus zu erkennen ist. Quoad vitam günstig, ist die Prognose bezüglich völliger restitutio in integrum nicht immer sicher, besonders wenn eine sachgemässe Behandlung zu spät einsetzt oder nicht stattfindet.

Als erfolgreichste Behandlung empfiehlt Rey Beseitigung des initialen Schnupfens durch Insufflation von Xeroform-Loretinpulver in die Nase. Durch Beseitigung des Katarrhs und Abtödtung der Krankheitserreger in Nase und Nasenrachenraum verspricht er sich eine Verhinderung erneuter Infectionen des Mittelohres, die sonst den Krankheitsprocess unterhalten. Gleichmässige Wärme, Einträufelungen von Liqu. Burrowi und Glycerin zu gleichen Theilen kommen für die Behandlung der Otitis in Betracht. — (Vereinig. niederrh.-westph. Kinderärzte 1901; nach Arch. f. Kinderheilk.)

Hygiene und Krankenpflege.

Zur Pflege bei Lungenblutungen. Von Hermann Senator.

Bei starken Blutungen darf man sich zunächst nicht mit der Erforschung der Ursachen der Blutung aufhalten, vor Allem nicht durch Untersuchungen, welche anstrengende Körperbewegungen oder gezwungene Körperhaltung erfordern, durch Beklopfen der Brust, sondern man suche erst die Blutung zu bekämpfen. Zu diesem Zwecke ist Alles zu vermeiden, was zu Hyperämie, activer oder passiver, führt, vor Allem körperliche und geistige Aufregung, stark erregende Nahrungs- und Genussmittel, Alkohol, starker Kaffee und Thee und ähnlich wirkende Getränke. Der Patient soll also im Bett mit aufgerichtetem Oberkörper liegen, jede unnöthige Bewegung, Sprechen oder gar Schreien, Pressen zum Stuhl und alle

sonstigen wie auch immer gearteten Anstrengungen vermeiden und den Husten möglichst unterdrücken. Dies gelingt oft schon durch einfache, leere Schluckbewegungen und noch besser, wenn schleimige, nicht reizende und nicht zu kalte Flüssigkeiten, wie laue Milch, Mandelemulsion, oder ähnlich wirkende Pastillen, besonders Gummibonbons, langsam verschluckt werden. Allenfalls können leichte Narkotica, wie Aqua Amygdalarum amararum, Extractum Hyoscyami oder, um Nachtruhe zu erzielen, Abends Morphium oder ein Opiat gegeben werden. In dieser Weise gelingt es, leichtere Blutungen in kurzer Zeit, gewöhnlich in wenigen Tagen zum Stillstand zu bringen. Manche empfehlen tiefe Athmungen und lassen dem Husten freien Lauf, um die Blutmassen aus den Luftwegen zu entfernen. Indessen sieht man davon öfter Verschlimmerung als Besserung; und abgesehen davon wirkt der häufige Husten beunruhigend und verstimmend auf die Kranken. Bei allen irgendwie stärkeren Blutungen kommt zunächst die Kälte äusserlich zur Anwendung, und zwar werden kalte Compressen oder eine leichte Eisblase auf die Brust gelegt, insbesondere auf diejenige Seite, welche sich nach den Empfindungen des Patienten, durch Schmerzen oder Gefühl von Rasseln, oder bei vorsichtiger Auscultation als muthmasslicher Sitz der Blutung zu erkennen gibt. Als Nahrung wird am besten nur Milch oder Mandelmilch, kalt oder höchstens lauwarm gereicht, daneben zur Stillung des Durstes Wasser oder Limonaden. Zieht sich die Blutung in die Länge, so kann auch andere flüssige oder weiche Nahrung, Suppen, Eier, Gelées, gereicht werden, immer mit Vermeidung stark erregender und gewürzter oder scharfer zum Husten reizender Stoffe. Ueber die Wirksamkeit der Gelatine sind die Meinungen getheilt. Sollte ihr eine Wirkung zukommen, so wird sie am ehesten zu erwarten sein bei directer Einspritzung ins Blut, die aber immerhin nicht ungefährlich ist, oder bei Einspritzung unter die Haut, die, zumal bei etwas stärkerer Concentration der Gelatinelösung, ziemlich schmerzhaft ist. Von beiden Einverleibungsarten wird man bei Bluthusten im Allgemeinen keinen Gebrauch machen, insbesondere auch von den weniger gefährlichen Einspritzungen unter die Haut deshalb nicht, weil sie mit Schmerzen und Aufregung des Kranken verbunden sind, ohne dabei die Gewähr der Sicherheit einer erfolgreichen Blutstillung zu bieten. Beim innerlichen Gebrauche der Gelatine ist es sehr fraglich, ob ihr irgend eine die Blutgerinnung fördernde Eigenschaft zukommt, da die Gelatine, der Leim, im

Verdauungsapparat verändert und in Leimpepton umgewandelt wird, von welchem jene Wirkung bisher niemals behauptet worden ist. Höchstens könnte man annehmen, dass bei übermässig starker Zufuhr von Leim ein Theil der Verdauungsumwandlung entgeht und unverändert ins Blut gelangt, um vielleicht seine Wirkung auszuüben. Immerhin empfiehlt sich bei der Pflege von Kranken mit Bluthusten die Anwendung der Gelatine in Form von Gelées als Jus von Kalbsfüssen oder von Hausenblase, weil der Leim ein gutes Nährmittel ist und in den genannten Formen ein leicht verdauliches, angenehmes, wohlschmeckendes Nahrungsmittel, das keine Kauarbeit erfordert, darstellt. Bei Blutungen, die sich in die Länge ziehen, kann man vielleicht die Einspritzung von Leim unter die Haut heranziehen neben anderen Mitteln und Methoden. Das Schlucken von Kochsalz und das Binden der Glieder sollte immer nur vom Arzte selbst oder unter dessen besonderer Controle vorgenommen werden.

Nach dem Aufhören der Blutung ist strengste Ruhe, vorsichtige Diät bei Fernhaltung aller Reizmittel noch lange Zeit fortzusetzen und, sobald die nunmehr vorsichtig angestellte Untersuchung eine Aufklärung über die Ursache der Blutung gebracht hat, die gegen diese gerichtete unmittelbare Behandlung einzuschlagen.

Verständlicher als die Wirkung der empirischen allgemeinen Mittel ist der Nutzen der Narkotica, weil sie die Aufregung des Kranken und den Hustenreiz mildern und die Häufigkeit der Athemzüge und Pulsschläge, auch wohl den Blutdruck herabsetzen. Ihre Anwendung empfiehlt sich deshalb bei jeder Hämoptoë, die leichtesten Fälle ausgenommen, welche ihrer nicht bedürfen. Obenan steht das Morphium, sodann Codeïn, welche man allenfalls noch mit dem ähnlich aber schwächer wirkenden Bittermandelwasser verbinden kann. Opium und seine Präparate sind weniger empfehlenswerth und verdienen nur bei bestehender Diarrhöe den Vorzug. Zur Beruhigung der Herzthätigkeit dient auch Digitalis, nicht bloss bei durch Herzfehler bedingtem, sondern besonders auch bei dem infolge der Lungentuberculose auftretenden Bluthusten, zweckmässig ist dabei eine Verbindung mit Morphium. — (Die Krankenpflege, Novemb. 1901.)

Kleine Mittheilungen.

Lösliches Silber als inneres Antisepticum. Von Dr. Credé. Bedeckt man eine Cultur von Bacterien oder eine inficirte Wunde mit einem Silberplättchen, so sieht man, dass nach einigen Tagen die Silberfolie verschwunden ist; legt man auf sterile Wunden das Silber, so bleibt es unverändert. Kupfer löst sich rascher auf, Gold schon weniger rasch, Silber noch weniger. In Petri'schen Schalen ist das auf eine Staphylokokkencultur aufgelegte Silber schon nach 8 Tagen ganz geschwunden, es ging in den Nährboden über und an dieser Stelle war das Wachsthum der Bacterien behindert; nach Auflösung des metallischen Silbers wächst an dieser Stelle auch dann nichts, wenn sie neu geimpft wurde. Im Nährboden hat sich aus dem metallischen Silber fast ausschliesslich milchsaures Silber gebildet, welches antiseptische Wirkung besitzt. Das neue Präparat wirkt sogar stark antiseptisch, es löst sich aber zu rasch auf, bildet mit den thierischen Eiweisskörpern eine feste Verbindung, diffundirt deshalb nicht in die Umgebung, wirkt leicht ätzend und hat auch keine Dauerwirkung. Viel geeigneter erschien eine andere Silberverbindung, das citronensaure Silber, Itrol genannt, welches Mittel in der Verdünnung von 1 : 4000 noch geeignet erschien. Seit circa fünf Jahren verwendet Credé zur Wundbehandlung ausschliesslich dieses Silberpräparat und ist, wiewohl er räumlich und hygienisch unter sehr ungünstigen Verhältnissen arbeitet, mit seinen Resultaten sehr zufrieden. Vf. benützt ferner seit fünf Jahren Silbercatgut und Silberseide (mit milchsaurem Silber — Actol — hergestellt), sie sind absolut steril und ausserdem antiseptisch. Weiters gebraucht er zu Verbänden eine Silbergaze, die sechs Gewichtspercente von colloidalem Silber enthält; der Verband wirkt so lange antiseptisch, als Silber in ihm enthalten ist. Im Weiteren strebte Vf. an, mittelst Silber eine allgemeine Körperdesinfection zu erzielen. Hiezu dient ihm das Argent. colloidale (Collargolum), lösliches Silber, welches er in Verbindung mit einer Fettsalbe (15 Percent colloidales Silber) als Ung. argenti colloid., respective als Lösung 1 : 200 benützt. Für die Einreibungen der Salbe in Fällen von Phlegmone, Lymphangitiden, Septikämien, Cerebrospinalmeningitis epidem., Erysipel etc. gelten folgende Regeln: Die Haut muss absolut rein sein (Abwaschen mit Seife und Bürste und sodann mit Aether), es muss ein Stadium der Hyperämie derselben erzeugt werden; bei blutarmer faltiger

Haut wird keine Wirkung erzielt. Die Silber-Schmiercur wird in der Weise vorgenommen, dass 2—3 g der Silbersalbe auf einem gesunden Körpertheil intensiv verrieben werden und das Ganze sodann mit Guttaperchapapier bedeckt wird. In schweren Fällen (zum Beispiel Meningitis cerebrospin.) wird man in den ersten Tagen drei- bis viermal einreiben und sind manche Kranke bis 60mal eingerieben worden. Abfall der Temperatur, Besserung des Allgemeinbefindens, des Schlafes etc. Ist die Haut blutarm und mager, leiden die Kranken so sehr, dass sie nicht bewegt werden können, so wird colloidales Silber intravenös injicirt. Zumeist wird die Vena cephalica gewählt, in einigen Fällen auch eine grosse Vene der Oberschenkelhaut. Injicirt wurden 5—20 g einer ¼- bis 1percentigen Lösung. Die Injection wirkt rascher und intensiver als die Einreibung, wird — je nach dem Falle und der Wirkung — nach 1—8 Tagen ein- oder mehrmals wiederholt. Schwerste Sepsis, Pyämie, Rheumatismus acutus und vorgeschrittene Lungentuberculose bildeten die Indication für solche Injectionen. Wie Thierversuche lehrten, durchwandert das intravenös zugeführte lösliche Silber den ganzen thierischen Körper. Eine Argyrose wurde weder hier noch bei Einreibungen beobachtet. Schliesslich käme noch die Behandlung infectiöser Magendarmkrankheiten in Betracht (Typhus), für welche die Schmiercur, in sehr schweren Fällen die intravenöse Infection, sehr oft aber auch die interne Behandlung angezeigt wäre. Zur innerlichen Darreichung des Silbers empfiehlt Credé seine Pilulae argenti majores, ferner den Zusatz von 1percentiger Lösung von Collargol, etwa theelöfelweise drei- bis sechsmal, zu eiweisshaltiger Kost, wie Milch, Cacao etc. Auch bei echter Ruhr, infectiösen Katarrhen u. dgl. soll sich diese Behandlung bewährt haben; selbstverständlich das Silber nur so lange, als es sich um septische Processe handelt, während in späteren Stadien Adstringentia etc. angezeigt sind. — (Berl. klin. Wochenschr.; Wien. klin. Wochenschr.)

Ueber Chloreton als Schlafmittel bei Geisteskranken. Von Dr. Cappelletti. Das Chloreton ist ein zusammengesetztes Mittel durch Hinzufügung von Aetzkali zu gleichen Theilen Chloroform und Aceton; es stellt ein weisses krystallinisches, nach Kampher schmeckendes, in Wasser schwer, in Alkohol leicht lösliches Pulver dar. Ohne schädliche Nebenwirkung soll das Chloreton nicht nur schlafbringend, und ähnlich dem Cocaïn localanästhetisch, sondern auch beruhigend sein. Die gewöhnliche Dosis bei

innerlichem Gebrauche ist von 75 cg—1 g. Doch wurden auch 3 g und in einem Falle von Morphiomanie in acht Stunden 10 g verabreicht, auf die ein sechstägiger Schlaf erfolgt sei. Vf. berichtet über seine Versuche an 25 Kranken, die an schwerer Schlaflosigkeit, mitunter verbunden mit grosser Erregung litten. Er gab 2·5 g pro die in Oblaten. Dauer des Schlafes 2—5 Stunden. Eintritt der Wirkung nach 37 Minuten bis 2·6 Stunden. Die beruhigende Wirkung trat nicht deutlich hervor. Puls und Athmung werden nicht schädlich beeinflusst; bei einem alten atheromatösen Kranken wurde der Puls verlangsamt, unregelmässig. Das Erwachen ist von wesentlichen Störungen nicht begleitet. Kopfschmerz und Schwindel selten, vorübergehend, in einem Falle vorgängiger hochgradiger Erregung durch einen Tag andauernd. Das Chloreton ist ein wirksames Hypnoticum bei Geisteskranken, Anfangsgabe 1—1·5 g, die auf 2—2·5 g gesteigert werden können. Auf den Kräftezustand, besonders Alter, an Atherom, Herzfehlern etc. Leidender ist Rücksicht zu nehmen. — (Rif. med.: Wien. klin. Wochenschr.)

Ueber Albuminurie durch kalte Bäder. Von Prof. Rem-Picci. Die Untersuchungen des Vfs. erstrecken sich auf 35 Individuen, die 115 kalte Bäder und kalte Douchen nahmen und an denen 350 Urinanalysen vorgenommen wurden. Das Phänomen der Albuminurie nach kalten Bädern ist ein sehr regelmässig auftretendes, indessen handelt es sich nur um einen leichten und vorübergehenden Gehalt von Serumalbumin, welcher höchstens bis zu 0·25 prom. steigen kann. Sensible und gegen Kälte empfindliche Personen zeigen das Symptom am ausgesprochensten: es tritt schon bald, etwa eine Viertelstunde nach dem Bade auf, kann einige Stunden dauern, aber nicht über 24 Stunden. Je kälter das Bad, um so eher tritt Albuminurie auf: bei einem Bade von 8—10° genügen schon 3 Minuten Dauer, ebenso bei kalten Douchen von derselben Temperatur. Bei 15—20° C. ist schon eine Dauer von 15 Minuten erforderlich; über 20° C. hinaus kommt es auch bei langer Dauer nicht zur Albuminurie. Eine Gewöhnung ändert an dem Zustandekommen dieses Symptoms nichts. Von einem Zugrundegehen rother Blutkörperchen rührt diese Erscheinung nicht her. Urobilin enthält der Urin nicht. Ebensowenig scheint es durch Blutdruckveränderungen bedingt, wie wohl häufig mit der Albuminurie vermehrte Diurese verbunden ist. Auch durch vasomotorische Einflüsse soll sich dasselbe nicht erklären. Rem-

Pecci entscheidet sich für das Zustandekommen dieser Albuminurie durch einen directen Einfluss der Nerven, wie solcher vom Nervus vagus auf die Niere durch Vanni nachgewiesen wurde. — (Münch. med. Wochenschr.)

Eine Methode, Ricinusöl und andere schlecht schmeckende Substanzen bequem einzunehmen. Von Dr. Siegfried Rosenberg. Die Methode besteht darin, dass man beim Schlucken die Nase fest zuhalte, sodann die Lippen abwische, die auf der Zunge, am Gaumen und Pharynx hängenden Reste (des Ricinusöles) mit ein Paar Schlucken Limonade hinunterspüle und dann erst die Nase freigebe. Versuche an sich selbst und Anderen lehrten ihn, dass man bei Ausschaltung des Eigengeruches die Unannehmlichkeiten des Einnehmens verringere, respective ganz beseitige. Eine mit etwas Salz versetzte Nutroselösung schmeckte, bei fest zugehaltener Nase hinunter getrunken, nur salzig und der Eigengeschmack des Präparates machte sich bloss beim Freigeben der Nase für einen Augenblick bemerkbar, wenn nicht vorher die im Munde noch haftenden Reste der Lösung durch einen Schluck Wasser hinuntergespült wurden. — (Therap. Monatsh.; Wien. klin. Wochenschr.) E. F.

Ueber die Resorbirbarkeit der anorganischen Eisenverbindungen im Organismus. Von Dr. Jaquet. Nachdem die ursprüngliche Annahme der Resorbirbarkeit und Assimilirungsfähigkeit der anorganischen Eisenverbindungen anfangs der Achtzigerjahre in Frage gestellt, sogar direct geleugnet wurde, ist man auf Grund sorgfältiger Untersuchungen jetzt wieder zu der Ansicht gekommen, dass anorganische Eisenverbindungen eben so gut resorbirt werden wie die organischen. Vf. hat einen Rückblick auf die Entwicklung dieser Frage genommen und kommt nach Besprechung der Untersuchungen zu folgenden Schlüssen. Die Assimilirungsfähigkeit des anorganischen Eisens ist als direct erwiesen zu betrachten. Unter diesen Umständen erscheinen die Erfolge der Behandlung der Chlorose mit Blaud-schen Pillen erklärlich. Der Organismus kann sein Eisendeficit decken ohne Rücksicht auf die Natur der ihm zu Gebote stehenden Präparate. Es ist nicht erwiesen, dass die organischen Präparate besser und rascher wirken als die anorganischen. Der Nutzen der organischen Präparate scheint vielmehr in dem Umstande zu liegen, dass sie in der Regel gut vertragen werden und keine Magen-Darmbeschwerden verursachen, so dass in den Fällen,

in welchen das anorganische Eisen nicht vertragen wird, organische Präparate gegeben werden können. Für die Mehrzahl der Fälle von Chlorose dürften aber die officinellen Eisenpräparate vollständig genügen. — (Therap. Monatsh.; Reichs-Med.-Anz.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Gomenol. Unter dieser Bezeichnung wird das ätherische Oel aus den Blättern von Melaleuca viridiflora einer neucaledonischen Myrtacee in den Handel gebracht, welches 60% Cineol, ein Terpen, etwas Terpineol und Spuren von Essigsäure-, Buttersäure- und Baldriansäureester enthält, und ein spec. Gew. von 0·922 aufweist. Nach Leroux und Pasteau eignet sich das Oel zur Behandlung der Lungentuberculose, sowie überhaupt bei Erkrankungen der Athmungsorgane, u. zw. in Dosen von 0·25 in Kapseln bis 10 Stück täglich. Bei Keuchhusten gelangt Gomenol, in Oel gelöst (2 %), subcutan zur Anwendung, u. zw. 3—15 cm³ entsprechend dem Kindesalter von 1—8 Jahren. Ausserdem wird das Oel auch in Form von Klysmen applicirt, u. zw.: bis zu einem Jahre 5 cm³ 1 : 5 Gomenolöl, von 1—2 Jahren 10 cm³ 1 : 5 Gomenolöl, von 2—8 Jahren 10 cm³ 1 : 1 (50 %) Gomenolöl. — (Ph. Post.)

Bei Dysmenorrhöe:

1. Rp. Tinct. anem. pulsatill. }
   Tinct. viburn. prunifol. } āā 10·0
   Tinct. piscid. erythrin. 15·0
   Ammon. acet. 30·0

D. S. Dreimal täglich 1—2 Kaffeelöffel in Zuckerwasser zu nehmen.

2. Rp. Tinct. cinnamom. }
   Tinct. pulsatill. } āā 25·0
   Tinct. piscid. erythrin. 12·5
   Tinct. cannab. indic. 3·0
   Tinct. aconit. 5·0
   Tinct. viburn. prunifol. }
   Tinct. hydrast. canad. } āā 10·0

D. S. Dreimal täglich ein Kaffeelöffel zu nehmen.

3. Rp. Eumenoli 25·0

D. S. Dreimal täglich ein halber Kaffeelöffel zu nehmen.

Bei Herpes progenitalis:

Rp. Acid. tannic. 5·0
Bism. subnitr. 1·0
Amyl. tritic. 100·0

D. S. Zum Einpudern.

Als Antemeticum:

1. Rp. Mentholi 0·2
   Cocaïn. mur. 0·05
   Syr. codeïn. 20·0
   Chloroform. 1·0
   Aq. destill. 100·0

D. S. Zweistündlich ein Esslöffel zu nehmen.

2. Rp. Mentholi 0·5
   Spir. vin. Cognac 40·0
   Tinct. op. simpl. 10·0

D. S. Dreimal täglich 10—12 Tropfen zu nehmen.

Bei Hautjucken:

1. Rp. Mentholi 10·0
   Aeth. petrolei 5·0
   Glycerini 10·0
   Spir. vin. Gall. ad 200·0
   D. S. Zum Einpinseln.

2. Rp. Chloral. hydr. }
   Acid. carbol. } āā 0·5
   Ol. olivar. ad 50·0
   D. S. Zum Einreiben.

3. Rp. Mentholi 2·0
   Chloroform 18·0
   Aeth. sulfur. 30·0
   D. S. Zum Aufsprühen.

4. Rp. Ichthyoli 10·0
   Aeth. sulfur. }
   Spir. vin. } āā 40·0
   D. S. Zum Einreiben.

5. Rp. Epicarini 5·0
   Aeth. sulfur. 25·0
   Spir. vin. Gall. ad 200·0
   D. S. Zum Einreiben.

Gegen die Verdauungsbeschwerden Chlorotischer:

1. Rp. Ferr. sulfur. }
   Papaini } āā 0·12
   Extr. cannab. ind. }
   Extr. nuc. vomic. } āā 0·015
   Extr. rhei 0·03
   M. f. pilul. Nr. XXX. D. S. Dreimal täglich zwei Pillen zu nehmen.

2. Rp. Fol. digital. pulv. }
   Chinin. mur. } āā 2·0
   Extr. nuc. vomic. 1·0
   Pulv. et extr. liquirit. qu. sat.
   ut f. pilul. Nr. XXX. D. S. Nach jeder Mahlzeit eine Pille zu nehmen.

Sitzungsberichte.

73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg.

Licht- und Röntgen-Therapie.

(Schluss.)

Hoberg demonstrirt einen handlichen Apparat nach der Art des Finsen'schen, welcher schon bei 12—15 Ampère Aehnliches leistet, wie der letztere, weil er näher an die Haut herangebracht werden kann. Kosten circa 700 Francs.

Beck hat bereits mit dem Hoberg'schen Apparat gute Erfolge bei Lupus erzielt.

Winkler ist der Ansicht, dass Alles, was die Röntgen-Strahlen leisten, ausser dem Bewirken des Haarausfalls auch durch die statische Elektricität, noch dazu in angenehmerer Weise erreicht werden kann. Redner benützt sowohl die Büschel-, als Funkenentladung neben den hochgespannten Strömen. Er hat ganz besonders bei Akne rosacea und Urethritiden Erfolge gehabt.

Freund bestätigt die günstigen Ergebnisse bei Akne rosacea, hat aber statt der Influenzmaschine unipolare Entladungen des Inductors benutzt, was auf dasselbe hinausläuft.

Aschkinass hat mit Caspary die Wirkung der Becquerel-Strahlen auf Bacterien und Haut studirt. Er hat seine Versuche mit 1 g eines sehr activen Bariumpräparats im Werthe von 1000 M. ausgeführt.

Man muss unter den Becquerel-Strahlen die stark absorbirbaren von denen mit grosser Durchdringungskraft unterscheiden. Bisher wurden die letzteren allein studirt. Ihnen kommt keine bactericide Wirkung zu. War das Präparat 10 mm von den angesetzten Bacterienculturen entfernt, so sah er in 1—2 Tagen sie steril bleiben, während die Controlplatten aufgingen. Die Einschaltung eines Aluminiumbleches von $^1/_{10}$ mm Dicke verhinderte aber schon die Wirkung. Ebenso blieb diese aus, wenn einige Centimeter Luft zwischen Cultur und Präparat lagen. Dagegen wurde bei Zwischenlage eines Aluminiumbleches von $^1/_{1000}$ mm Dicke noch ein positives Ergebniss erzielt. Als Versuchsobject dient lediglich Micrococcus prodigiosus.

Brachte Redner sein Präparat zwei Stunden lang auf die Haut seines Unterarms, so trat zuerst nur bald vorübergehende Röthe ein. Einige Wochen später — das eine Mal nach 29, das andere Mal nach 32 Tagen — entwickelte sich eine ausgesprochene Dermatitis, welche mit Pigmentbildung ausheilte. Redner zeigt die noch bestehenden Pigmentflecke auf seinem Arm.

Freund berichtet von seinen früheren Versuchen, die Reaction der Becquerel-Strahlen auf die Haut zu prüfen. Er hatte immer negative Ergebnisse, arbeitete aber mit einem offenbar schwächeren Präparat und wandte es stets in Aluminiumkapseln gehüllt an.

Strebel gelang es unter vielen Versuchen einmal, bei Lupus eine Entzündung durch Radium zu erregen. Das Präparat lag dabei in einer Paraffinkapsel. In einer Glasflasche hatte er es wiederholt 12 Stunden lang ohne Wirkung an seinem Arm.

Lesser frägt an, ob das käufliche Mittel von de Haën auch nachweisbare Wirkungen hervorrufe.

Grummach hat beim Arbeiten mit Becquerel-Strahlen Reizerscheinungen in seinem Auge beobachtet.

Aschkinass meint, dass die Handelspräparate sehr ungleich seien. Sein Präparat war ein extra concentrirtes de Haën'sches Mittel. Was das positive Ergebniss Strebel's anbetrifft, so wäre es von sehr zweifelhaftem Werthe, da es unter vielen Fällen nur einmal zustande kam.

Forschhammer demonstrirt die Einrichtungen im Finsen'schen Lichtinstitut und die dort erzielten Erfolge an der Hand von Projectionsbildern.

Bang beschreibt und demonstrirt eine wesentlich verbesserte Lichtquelle für Finsenbehandlung. Statt der Elektroden aus Kohle werden solche aus Eisen angewandt. Die Elektroden werden künstlich kühl erhalten. Das ausströmende Licht ist arm an wärmenden und leuchtenden, dagegen sehr reich an chemischen Strahlen. Die Ausnutzung der Energie ist circa 78 mal grösser als in der alten Lampe. Eine Prodigiosuscultur, welche sonst in vier Minuten abgetödtet wurde, erliegt jetzt schon in ebenso vielen Secunden.

Für eine einzelne Behandlung ist eine recht handliche Lampe construirt worden, die ebenso nahe an die Haut gebracht werden kann, wie die Strebel'schen Apparate. Sie entfaltet schon bei 8 Ampère und 40 Volt eine erstaunenswerthe Energie.

Die Behandlung wird durch die Neuerung wesentlich abgekürzt. — (Bericht d. Deutschen Aerzte-Ztg. von Dr. Levy-Dorn.)

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.



Ueber Belastungstherapie.

Von Frauenarzt Dr. J. Königstein.

Alle therapeutischen Massnahmen, welche geeignet sind, in zweckentsprechender und erfolgreicher Weise bestimmten Krankheitsformen entgegenzuwirken, verdienen eine ganz besondere Beachtung. Es ist Pflicht der competenten Kreise, dieselben einer genauen Nachprüfung zu unterziehen und, wenn die Erwartungen und Hoffnungen, welche auf dieselben gesetzt wurden, sich nicht als trügerisch erwiesen haben, dafür Sorge zu tragen, dass die weitesten ärztlichen Kreise davon Kenntniss erhalten und zur Anwendung aufgemuntert werden. Nichts ist in der medicinischen Wissenschaft so grossen Schwankungen und Aenderungen unterworfen, als gerade die Therapie, und man geht gewiss nicht zu weit, wenn man von einer Mode spricht, die von Zeit zu Zeit der Therapie ihren Stempel aufdrückt. Eine solche Periode hat die Gynäkologie in den letzten Jahren durchgemacht. Man kann sie als operative bezeichnen. Die grossartigen Erfolge, welche die Chirurgie durch die Lister'sche antiseptische Wundbehandlung, durch Narkose und Blutstillung errungen, bildeten auch für die Gynäkologie, welche bis dahin in den Kinderschuhen gesteckt hatte, den Anstoss, neue Bahnen zu betreten. Die Gynäkologen wurden Operateure und die operative Gynäkologie ein stolzer Bau, der sich immer mehr ausweitete. Diese Epoche des letzten Jahres trieb aber auch ihre gewaltigen Auswüchse, indem die Operationswuth in erschreckender Weise überhand nahm. Es ist mit grosser Freude zu begrüssen und kann nicht genug lobend hervorgehoben werden, dass diesem Uebelstande in allerjüngster Zeit dadurch mit Erfolg entgegengetreten wurde, dass speciell bei der Behandlung chronischer Entzündungen des weiblichen Genitales nur bei strengst gestellter Indication an die Excision der entzündlich erkrankten weiblichen Genitalorgane geschritten wurde. Nur auf diese Weise kann der allzuscharfen Tonart ein Riegel vorgeschoben werden und es muss zum Heile der leidenden Frauen gesagt werden, dass bereits allenthalben eine conservativere Strö-

mung unter den operirenden Gynäkologen platzgreift. Zahllose Beobachtungen haben gelehrt, dass die so vielfach angewandte Excision der inneren Genitalien bis zur Castration totale der Pean'schen Schule zur Heilung chronisch entzündlicher Beckenaffectionen nicht von jenen Erfolgen begleitet war, die in entsprechendem Verhältniss zu diesem schweren operativen Eingriffe standen. Alle jene schweren Symptome, die unter der Bezeichnung „Ausfallserscheinungen" zusammengefasst werden können, dürften gewiss nichts weniger als gleichgiltig sein für die oft noch verhältnissmässig jungen Frauen, und ist deren Ursache eben nur in der totalen Entfernung der gesammten Geschlechtsorgane zu suchen. Man kann es also nur mit grosser Freude begrüssen, wenn in den letzten Jahren führende Gynäkologen wieder in conservativere Bahnen eingelenkt haben und bemüht sind, denselben wieder das verloren gegangene Terrain zurückzuerobern. Gerade die Entzündungen und deren Producte sind das Punctum saliens bei der Behandlung der chronisch entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und das Bestreben der Therapie dahin gerichtet, einerseits das Weitergreifen der Entzündung zu verhindern, andererseits bereits gesetzte Entzündungsproducte zur Resorption zu bringen. Die Methoden, welche Letzteres bezwecken, werden kurzweg Resorptionsmethoden genannt. Zu diesen ist in den letzten Jahren ein neues Verfahren hinzugekommen, welches von W. A. Freund angegeben wurde und auf der Naturforscherversammlung in Braunschweig im Jahre 1897 in einem Vortrage desselben „Ueber Resorptionscuren" die Aufmerksamkeit der zahlreich versammelten anwesenden Aerzte auf sich lenkte, da durch dasselbe von Freund sehr schöne und günstige Erfolge bei chronischer Peri- und Parametritis, Adnexschwellungen, bei schwer reponiblen Retroflexionen, bei narbiger und infantil enger Vagina erzielt werden konnten. (W. A. Freund, Centralbl. f. Gynäkol., 1897, XIX., S. 1195.)

Das Wesentliche dieses Verfahrens besteht in der Anwendung eines constanten Druckes auf die Beckenorgane von der Vagina und vom Abdomen aus. Es wird nach W. A. Freund derart vorgegangen, dass täglich durch längere Zeit ein Druck auf die weiblichen Geschlechtsorgane ausgeübt wird, indem aussen auf das Abdomen ein Schrotbeutel aufgelegt wird als Gegendruck für den innerlich ebenfalls durch Anbringung eines Schrotbeutels in der Vagina erzeugten Druck. Durch diesen Vorgang wird das innere weibliche

Genitale durch das sowohl innen als aussen angebrachte Gewicht einer ständigen Belastung, mithin Compression ausgesetzt, wodurch eine günstige Beeinflussung gewisser entzündlicher Processe erzielt werden kann. Herübergenommen ist dieses Verfahren aus der conservativen Chirurgie, wo man die Anwendung des continuirlichen Druckes auf geschwellte Organe schon lange mit Erfolg geübt hat. Im Uebrigen wurde dieses Verfahren bereits in ähnlicher Weise mit gutem Erfolge in der Gynäkologie von Auvard angewendet, indem derselbe den äusseren und inneren Druck in der Art bei Fällen von chronischer Salpingo-Oophoritis anbrachte, dass er aussen einen Schrotbeutel anlegte, innerlich als Gegendruck ein Gariel'sches Luftpessar anbrachte. Im Grossen und Ganzen bedeutet dieses Belastungsverfahren nichts Anderes als einen weiteren Ausbau der mechanischen Behandlung chronisch entzündlicher Affectionen des weiblichen Genitales, wie sie bereits in den verschiedensten Formen versucht wurde. Die glänzenden Erfolge, welche Thure Brandt durch die mechanische Behandlung chronischer Entzündungen des weiblichen Genitales in Form der von ihm angegebenen bimanuellen Massage erzielte, bildeten für viele Gynäkologen den Anstoss, andere Methoden der mechanischen Behandlung zu erfinden und zu versuchen. Die seinerzeit von Chrobak angegebene Zugmassage muss hier in erster Linie erwähnt werden. Dieselbe wird in der Weise ausgeführt, dass in der Portio durch Befestigung eines 1—1½ kg schweren Gewichtes ein continuirlicher Zug in der Dauer von ½—10 Stunden statthat, wodurch eine günstige Beeinflussung chronischer Entzündungen erzielt werden konnte. (Chrobak, Wien. med. Presse 1881, Nr. 11.) Sänger modificirte diese Methode in der Art, dass er den Zug unterbrach. Daher die Bezeichnung „Sänger's unterbrochene Zugmassage“. (Sänger, Centralbl. f. Gynäkol. 1890, XIV., S. 345.) Zu erwähnen wäre noch, dass auch Bozemann und Prochownik zu Beginn der Achtzigerjahre durch Einführen von Dehnkugeln und Cylindern in die Vagina continuirlichen Druck und passive Massage in Anwendung zu ziehen versuchten. (Bozemann, The American Journ. of Obstetric, 1882, S. 198 und Atlant. medical Reg. 1883, Jan.; Prochownik, Deutsche med. Wochenschr., 1882, VIII., Nr. 32.) In den letzten Jahren sind nun durch das auf der Naturforscherversammlung in Braunschweig im Jahre 1897 von W. A. Freund der ärztlichen Welt übergebene neue Belastungsverfahren die

therapeutischen mechanischen Behelfe um ein wesentliches Glied bereichert worden. Dasselbe verdient Gemeingut der gesammten Aerzteschaft zu werden wegen der ausserordentlichen Einfachheit der Anwendung, sowie der Erzielung eines augenblicklichen sichtbaren und nachweislichen Effectes, wie Funke in seiner schönen und ausführlichen Publication sagt. (Funke, Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol., I. Bd., 1898, S. 263.) Diese Methode, welche gleichzeitig, aber vollkommen unabhängig von Freund, auch von Pincus durchgeführt wurde, hat jedoch nicht die Bestimmung, die Massage zu verdrängen, sondern im Gegentheil den Zweck, dieselbe zu unterstützen, gewissermassen zu ergänzen. Die von einer Reihe von Beobachtern (Freund, Pincus, Funke, Halban, Foges) mitgetheilten sehr günstigen Erfolge bilden die Ursache für den Umstand, dass diese Behandlungsmethode bei der Therapie gewisser chronischer Entzündungen nicht übergangen werden darf, sondern ernstlich in Erwägung zu ziehen ist. Es geschieht dies, wie ich im Anfang des Artikels hervorgehoben habe, mit umso grösserer Berechtigung, als sie einerseits eine conservative Behandlungsmethode κάτ' ἐξοχήν ist, anderseits von jedem Praktiker mit dem Aufwande geringer Mittel in Scene gesetzt werden kann. In welcher Weise dies zu geschehen hat und wie geartet die Fälle sein müssen, bei welchen mit voraussichtlichem Erfolge diese Methode angewendet werden kann, auseinanderzusetzen, ist Zweck dieser Zeilen.

Freund verfährt auf folgende Weise: Er bringt die in Behandlung zu nehmende Patientin in mässige Beckenhochlagerung und führt dann ein Röhrenspeculum, über welches ein Condom aus starkem Gummi gezogen ist, tief in die Vagina ein. Letzteres wird dann mit Schrot Nr. 3 im Gewichte bis zu 800—1000 g gefüllt. Als Gegendruck wird auf den unteren Theil der Bauchgegend, nachdem die Flexura iliaca in die Höhe geschoben wurde, ein mehrere Pfund wiegender Schrotbeutel gelegt. Die Länge der Zeit der Einwirkung ist verschieden und muss dem jeweiligen Falle angepasst werden. Eine wesentliche Modification erfuhr die Freund'sche Applicationsweise durch Schauta. Letzterer liess, angeregt durch die ermuthigenden Berichte von Funke und Pincus, auf seiner Klinik von Halban das Verfahren nachprüfen. Halban zog dieses Verfahren, welches er kurzweg in treffender Weise „Belastungstherapie" nennt, in einer grossen Zahl von Fällen in Anwendung und veröffentlichte 35 diesbezügliche Fälle. Zur

äusseren Belastung wurde der Freund'sche 1—2 kg schwere Schrotbeutel auf dem entsprechenden unteren Theile der Bauchgegend applicirt, für die innere Belastung jedoch liess Schauta einen mit Quecksilber gefüllten Colpeurynter zur Anwendung bringen. (Halban, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1899, Bd. X, S. 128.) Es hat dies in erster Linie den Vortheil der bequemeren Application. Der zusammengefaltete, gut eingefettete Colpeurynter wird an dem tiefsten Punkt der Scheide eingeführt und allmälig durch Eingiessen von Quecksilber entfaltet. Bei der Einführung eines mit einem Condom überzogenen Röhrenspeculums kann es trotz aller Vorsicht häufig zu einem Bersten des Condoms kommen, worauf man in die unangenehme Lage versetzt wird, die Entfernung des in der Vagina sich frei befindlichen Schrotes vorzunehmen. Ein weiterer Vortheil liegt in dem höheren specifischen Gewichte des Quecksilbers, welches im Vergleich mit Schrot es ermöglicht, einerseits bei gleichem Volumen einen grösseren Druck auszuüben, indem das Gewicht in der Vagina bedeutend höher ist. Weiters ist die Angriffsfläche des Druckes eine grössere, indem der Druck nicht bloss in der Richtung nach vorne, sondern auch seitlich, sowie nach unten und oben zu wirken im Stande ist. Da die anatomatische Lage der Tumoren eine sehr verschiedene ist, so wird sich die Einwirkung des Druckes entweder direct oder indirect äussern müssen. Bei Tumoren, die im hinteren Douglas gelagert sind, ist die Einwirkung des Druckes eine directe, anders wenn die Tumoren an der den Adnexen unter normalen Verhältnissen zukommenden Stelle liegen. Da wird bloss der aussen angelegte Schrotbeutel direct einwirken, während dem inneren Gewichte mehr die Aufgabe zufällt, die entzündlichen Organe ruhig zu stellen.

Weiters hat man es in der Hand, die Grösse des Druckes leichter zu reguliren, indem man bei einer etwa gewünschten Erhöhung durch den Colpeurynterschlauch Quecksilber zugiesst, anderseits bei beabsichtigter Verminderung des Druckes den Hahn des Colpeurynterschlauches öffnet und eine entsprechende Menge Quecksilber ablaufen lässt. Versuche, welche Halban an der Leiche anstellte, bewiesen auf schlagende Weise, dass die Wirkung des Quecksilbercolpeurynters die des Schrotcondoms wegen der Möglichkeit, ein grösseres Gewicht in Anwendung zu bringen, bei Weitem übertreffe. Bei geöffneter Bauchhöhle konnte sich Halban davon überzeugen, dass die Scheidengewölbe vollkommen ausge-

gossen und straffer gespannt waren, sowie der Uterus in stärkerer Elevation vorgefunden wurde, als bei der Application des Schrotcondomes. Diese Thatsache beruht eben darauf, dass in den Colpeurynter mit Leichtigkeit 1000 g Quecksilber eingegossen werden können, während in einem Condom kaum 600 g Schrot unterzubringen waren und weiters darauf, dass sich der Quecksilbercolpeurynter den Formen der Vagina besser anschmiegt, als das mit Schrot gefüllte Röhrenspeculum. Man bedient sich am besten der dünnsten Sorte des gewöhnlichen Carl v. Braun'schen Colpeurynters. Für Entleerung der Blase und des Mastdarmes ist früher Sorge zu tragen, da einerseits der Druck auf die gefüllte Blase Schmerzen erzeugt, anderseits bei stark gefülltem Mastdarm die Richtungscomponente des Druckes eine andere wird. Im Uebrigen lehrt die Erfahrung, dass bei mehrstündiger Belastung eine Entfernung des Colpeurynters behufs Urinirens nicht nothwendig ist, da die Patientinnen trotz eingelegten Colpeurynters gut uriniren konnten. Die Beckenhochlagerung kann nicht genug warm empfohlen werden, wenn auch nicht im Sinne Pincus, welcher auf die „Positio in plano reclinato“ ein Hauptgewicht gelegt, weil er dadurch die Kreislaufverhältnisse im Abdomen in antiphlogistischem Sinne beeinflussen zu können glaubt. Die beabsichtigte Wirkung der Beckenhochlagerung liegt, wie Funke hervorhebt, darin, dass man die Richtungscomponente des Druckes in der Vagina beherrschen kann und so den Druck in der directen Fortsetzung der Vagina auf die Organe des kleinen Beckens einwirken lassen kann. Die Beckenhochlagerung ist sehr leicht durchzuführen, indem man das Fussende des Bettes durch Unterlegen von Hölzern hebt, eventuell noch durch Unterschieben von harten Kissen unter den Steiss der Patientin nachhilft. Die Gewichte werden selbstverständlich dort placirt, wo ihre Wirkung erwünscht ist. Da zumeist der Douglas anzugehen ist, so wird der Colpeurynter hinter die Portio geführt und der Schrotbeutel über der Blasengegend angebracht. Ist man genöthigt, die eine oder andere Seite mehr zu belasten, dann muss man die Patientin in die entsprechende Seitenlage bringen, worauf der Colpeurynter nach dem Gesetze der Schwere auf die betreffende Seite einwirken wird. Schwieriger ist es in einem solchen Falle, auch den äusseren Schrotbeutel in entsprechender Weise zu dirigiren und muss derselbe fixirt werden. Halban befestigt denselben in zweckmässiger Weise mit Heftpflasterstreifen. Handelt es sich darum, das vordere Scheidengewölbe zu

belasten, so thut man nach dem Vorgange Funke's am besten daran, das hintere Scheidengewölbe auszutamponiren.

Die Zeitdauer der Einwirkung des Schrotbeutels und Colpeurynters ist sehr wechselnd und unterliegt ganz dem gegebenen Falle. Aeussern die Patientinnen Schmerz, dann muss selbstverständlich sofort sistirt werden. Am besten bewährt sich eine allmälige Steigerung der belastenden Gewichte. Man beginnt mit $^1/_2$ kg in der Vagina und steigt von Sitzung zu Sitzung. Ebenso verhält es sich mit der Zeitdauer der Einwirkung. Halban liess an der Klinik Schauta in vielen Fällen die Belastung durch mehrere Stunden einwirken, in einzelnen Fällen mitunter den ganzen Tag. Eine Stunde war das Minimum der Zeitdauer und wurde unter dieses Zeitmass nur dann gegangen, wenn die Patientin über starken Schmerz klagte. Im Uebrigen lehrte die Erfahrung, dass durch die länger dauernde Belastung keine wesentlich rascheren und günstigeren Erfolge erzielt wurden, als durch die kürzer andauernde. Die Methode ist, wenn sie in der oben auseinandergesetzten Weise angewendet wird, eine rein mechanische und streng conservative und liegt ihre Wirkung nach Funke im Druck und Zug und regt durch Beeinflussung der Circulationsverhältnisse im kleinen Becken die Resorption der gesetzten Entzündungsproducte wesentlich an. Sie entspricht also der manuellen Massage, erzielt dieselben Resultate, jedoch auf schnellere und einfachere Weise. Nicht genug vorsichtig und genau ist die Indication für die Anwendung dieser Methode zu stellen, da durch unzweckmässige Anwendung grosser Schaden angerichtet werden kann. Bei acuten Entzündungen darf dieselbe überhaupt niemals angewendet werden. Pincus hat zwar selbst bei ganz acuten puerperalen Parametritiden seine „Belastungslagerung“ mit angeblich gutem Erfolge ausgeführt, doch ergaben die auf der Klinik Schauta von Halban angestellten Nachprüfungen, dass Frauen mit acuten parametranen Entzündungen nicht einmal die Beckenhochlagerung nach Pincus, geschweige eine Belastung aushielten, weshalb von weiteren diesbezüglichen Versuchen abgesehen wurde. Indicirt ist die Belastung bei chronisch entzündlichen Zuständen. Was nun die Erfahrungen bei chronischen Adnextumoren betrifft, so handelt es sich immer nur um einen Versuch, der glücken oder auch missglücken kann und sind die Patientinnen darüber aufzuklären, dass man für einen sicheren Erfolg nicht einstehen kann. Die acuten Nachschübe mit den zeitweise auftretenden Exacerbationen sind besonders für

die chronisch gonorrhöischen Affectionen charakteristisch. Die Virulenz der in den Geweben befindlichen Gonokokken ist eben wechselnd und unberechenbar und wir besitzen keinerlei Anhaltspunkte für die Beurtheilung dieses Umstandes. Darin liegt eben die Gefahr einer jeden mechanischen Behandlung, sei es manuelle Massage oder Belastung, dass sie ganz besonders bei gonorrhöischen Processen wieder acute Entzündungserscheinungen hervorzurufen im Stande ist. Man muss dieses Moment stets im Auge behalten und sehr vorsichtig beobachten. Man unterlasse nicht die Temperatur zu messen, da man so am besten jeweilige Controle üben kann und ein Steigen der Temperatur das verlässlichste Zeichen dafür ist, dass Gefahr im Verzuge ist. Auch etwaigen Schmerzensäusserungen der Patientinnen muss man genügende Aufmerksamkeit widerfahren lassen. Halban selbst gesteht ganz offen, einige Misserfolge erlebt zu haben und begründet seine warme Empfehlung dieser Methode damit, dass die gegenwärtig üblichen therapeutischen Behelfe bei der conservativen Behandlung oftmals im Stiche lassen bei Fällen, in welchen die Belastung nicht nur gut vertragen, sondern auch günstige Erfolge in objectivem und subjectivem Sinne erzielt wurden. Es kann nicht genug darauf aufmerksam gemacht werden, dass man sich stets vor Augen halten muss, dass eine absolute Prognose gerade bei der Behandlung von Adnextumoren nicht zu stellen ist und die Belastung stets ein Versuch ist, der glücken oder missglücken kann, worauf die Patientinnen stets vorzubereiten sind.

Weiters kann dieses Verfahren in Anwendung gezogen werden bei Peri- und Parametritis, und zwar nur bei den chronischen Formen dieser Erkrankungsart. Bei der chronischen Perimetritis sind es vorzüglich die band- und strangartigen Adhäsionen, welche den Angriffspunkt der Belastungstherapie bilden. Sind dieselben zugänglich, das ist am Beckenboden befindlich, dann können sie durch Belastung gedehnt werden und die Schmerzhaftigkeit kann bereits zu einer Zeit verschwinden, wo noch objectiv Entzündungsproducte nachzuweisen sind. Hier darf eine Affection der Sacro-Uterinligamente nicht unerwähnt bleiben, welche ebenfalls auf perimetritischer Basis beruht und die sich objectiv in einer Schwellung, Verkürzung, straffen Spannung und grosser Schmerzhaftigkeit bei Berührung äussert. Bei Frauen, welche mit der Klage zum Arzte kommen, dass sie beim geschlechtlichen Verkehre Schmerzen empfinden, muss immer in erster Linie an eine

perimetritische Affection gedacht werden und erweisen sich bei der diesbezüglichen Untersuchung besonders die Ligamenta sacro-uterina auf Berührung sehr schmerzhaft. Halban war im Stande, nach 2—3 maliger Belastung gerade bei solchen Fällen ausgezeichnete Resultate zu erzielen. Wesentlich anders liegen die Verhältnisse, wenn die Adhäsionen am Fundus liegen, da der Angriffspunkt für die Belastung ein ungünstigerer ist, mithin auch kein befriedigender Erfolg zu erzielen ist. Geradezu überraschende Resultate erzielt man bei der chronischen Parametritis. Da die Entzündungsproducte zumeist am Beckenboden sich vorfinden, so kann die Belastung in der typischen Weise einwirken und sind die Erfolge nach den bisherigen Erfahrungen geradezu ausgezeichnete. Gerade in jenen Fällen, wo man die schwersten objectiven Symptome findet, wo der Douglas im Scheidengewölbe mit harten, festen Massen ausgefüllt ist, erhält man überraschende Palpationsbefunde oft schon nach 2—3 maliger Anwendung. Im kleinen Becken, das wie von einer starren Masse ausgegossen befunden wird und in welchem man den von knorpelharten Entzündungsproducten wie eingemauerten Uterus nicht heraus zu palpiren im Stande ist, sieht man die Exsudate unter seinen Augen und Fingern schwinden, der Uterus wird wieder beweglich und kommen seine Contouren wieder zum Vorschein. Adnextumoren, die früher nicht nachzuweisen waren, kommen heraus, ebenso perimetritische Stränge und Schwarten. Man erhält, wie auch Funke hervorhebt, den Eindruck, als ob das Exsudat, welches den ganzen Beckenboden ausfüllte, zwischen Schrotbeutel und Colpeurynter weggequetscht, respective ausgedrückt worden wäre. Funke sagt, dass er nach einer Belastung die Delle direct zu tasten im Stande war an der Stelle, wo das Schrotcondom dem Exsudate aufgelagert war. Halban war ebenfalls in der Lage, sich von diesem Umstande zu überzeugen und hebt betonend hervor, dass man aus letzterem einen Schluss auf das Wesen und die Erkenntniss der Pathologie dieser harten Exsudatmassen ziehen könne. Seiner Meinung nach handelt es sich in allen diesen Fällen um ein chronisches induratives Oedem, welches in seiner Knorpelhärte fest organisirtes, derbes Gewebe vortäuscht. Im Grossen und Ganzen waren die therapeutischen Erfolge mit der Belastung bei chronischer Parametritis gut, nur war es auffallend, dass die subjective Besserung mit der objectiven nicht gleichen Schritt hielt. Dies hat eben seinen Grund darin, dass nebenher noch Adnextumoren und peri-

metritische Stränge vorhanden sind, welche dann weiterhin noch Beschwerden verursachen. Daher müssen die perimetritischen Residuen einer weiteren manuellen Massage unterzogen werden. die Adnextumoren hingegen, welche nach Funke gewissermassen zur Operation vorbereitet wurden, schliesslich und endlich, wenn sie anhaltende Beschwerden verursachen, exstirpirt werden.

Gute Erfolge erzielt man auch durch die Belastung bei der Behandlung von Narben nach Cervixscheidengewölberissen. Letztere verursachen häufig Schmerzen beim Beischlaf und Erscheinungen von Seite des Intestinaltractes auf reflectorischem Wege und können unter Umständen so heftig werden, dass zur Entfernung der Narben auf operativem Wege geschritten werden musste. Funke und Halban konnten durch Belastung nicht bloss eine objectiv nachweisbare Dehnung constatiren, sondern auch eine wesentliche Besserung der subjectiven Beschwerden erzielen.

Nicht warm genug kann die Belastungstherapie bei Verlagerungen des Uterus empfohlen werden. Hier sind die guten Resultate bei geeigneten Fällen geradezu in die Augen springend. Der mechanische Vorgang hiebei ist sehr einfach und leicht verständlich. Der in die Vagina eingeführte, gefüllte Colpeurynter zieht die untere Vaginalwand nach hinten und damit auch den Cervix, während der Uteruskörper gewissermassen nach vorne gehebelt wird. In reinen Fällen von mobiler Retroversioflexio ist der Erfolg prompt. Immerhin wird es sich in allen Fällen empfehlen, in erster Linie zu versuchen, den Uterus in schonender Weise bimanuell aufzurichten. Ist der Versuch negativ geblieben, so kann der Grund hiefür in inneren Ursachen — Fixation — gelegen sein oder in äusseren, die Untersuchung, respective Aufrichtung erschwerenden Momenten, so in zu dicken Bauchdecken oder in zu starker Spannung bei allzugrosser Empfindlichkeit der Untersuchten. In letzterem Falle wird bei eingelegtem, gefülltem Colpeurynter der Uterus nach vorne gehen, in ersterem Falle auch nach mehrfachen Versuchen immer in seiner pathologischen Lage verbleiben. Es ist mithin in differential diagnostischer Beziehung ein guter Behelf zur Entscheidung, ob Fixation vorhanden ist oder nicht. Ist der Uterus beweglich, so kann man mit Bestimmtheit darauf rechnen, dass er nach 1—2 maliger Belastung vorne liegen wird. Ist er fixirt, so sind die Aussichten auf Erfolg sehr gering und hängen ganz von der Lage der adhärirenden Stränge ab. Jedenfalls würde es eine längere Behandlung benöthigen. In

solchen Fällen ist es wohl am angezeigtesten, in Narkose einen Aufrichtungsversuch zu machen oder die manuelle Massage systematisch vorzunehmen. Zu erwähnen wäre noch, dass bei der Aufrichtung des mobilen retrovertirten-flectirten Uterus mittels Belastung die Anbringung des äusseren Gewichtes nicht nur nicht nothwendig ist, sondern im Anwendungsfalle ein Hinderniss abgeben und den Erfolg beeinträchtigen würde. Bei Retroflexio uteri gravidi wird die Reposition mittels Colpeurynters schon seit Langem mit gutem Erfolge geübt. Der Werth der Belastungstherapie ist bei keiner der bisher besprochenen Anwendungsweisen dieses Verfahrens ein so ausgezeichneter, wie gerade bei der Retroflexio uteri gravidi. Sollten die Meinungen über dieses Verfahren im Allgemeinen zu keinem übereinstimmenden Votum führen, so werden sie es bei der Behandlung dieser gefürchteten Affection gewiss immer sein und auch für die Zukunft bleiben.

Stellt man sich die Frage, wie die Belastungstherapie sich zur Massage verhält, so kann man darauf antworten, dass das Eine das Andere nicht ausschliesst, dass sie sich unter gegebenen Verhältnissen ergänzen können. Die Erfahrung muss eben von Fall zu Fall entscheiden, welches Verfahren in Anwendung zu ziehen ist, ob belastet oder massirt werden muss. Es gibt Fälle, wo die Belastung vorzuziehen sein wird, bei anderen wieder die Massage, oder wo man beide Methoden in Anwendung ziehen wird und die letztere die erstere gewissermassen ergänzt. Eines lässt sich jedenfalls mit Bestimmtheit behaupten, dass nämlich für den Arzt sowohl, wie für die Patientin die Belastung die bequemere Methode ist. Für den Arzt bedeutet die Massage immerhin eine grössere Arbeitsleistung, für die Patientin ist sie aus verschiedenen Gründen lästig. Auch kommt man nicht so rasch zu einem befriedigenden Resultat wie bei der Belastung. Es sind, wie bereits früher auseinandergesetzt wurde, der Belastungstherapie Grenzen gesetzt, über die sie nicht hinaus kann und wo dann die Massage ergänzend einzugreifen hat, ganz abgesehen von allen jenen Fällen, wo vom Hause aus erfahrungsgemäss mit der Massage einzusetzen ist. Bei allen Affectionen, die sich am Beckenboden abspielen, wird sich, wenn überhaupt eine von beiden Methoden in Anwendung zu ziehen ist, die Belastung bewähren, während sie bei Affection am Fundus uteri ungeeignet erscheint und in solchen Fällen die manuelle Massage einzugreifen haben wird. Jedenfalls sind die Indicationsgrenzen für die Belastungstherapie sehr enge gezogen. Wenn man aber

aus dem Rahmen dieser allerdings sehr bescheiden bemessenen Grenzen nicht heraustritt, so ist man gewiss im Stande, sehr segensreich zu wirken, besonders wenn man mit gutem Willen und Glauben an die Sache herantritt. Misserfolgen wird man gewiss anfänglich nicht entgehen können, da es bereits grösserer Erfahrung bedarf, die für die Behandlung geeigneten Fälle auszusuchen. Wenn man mit Lust und Liebe an eine Sache herantritt, dann wird man durch anfängliche Misserfolge nicht wankend gemacht werden können und dies gewiss umsoweniger, wenn man sich auf Publicationen verlässlicher Beobachter, die über ein grosses Materiale verfügen und gute Resultate erzielt haben, stützen kann. Wenn man sich vor Augen hält, welcher gewaltige Unterschied zwischen Spital- und Privatpraxis ist, wie leicht man in ersterer zum Messer greift, dass vielfach schon Arbeitsunfähigkeit die Indication zur Operation ist, wie schwer anderseits in letzterer die kranken Frauen sich zur Operation entschliessen, selbst dann, wenn sie dringend indicirt ist, so muss man es mit Freuden begrüssen, von vielen Seiten einen conservativen Heilfactor empfohlen zu bekommen. Die Behandlung der chronisch entzündlichen, speciell exsudativen Processe in der Umgebung und den Anhängen der Gebärmutter, das ist also sowohl in den Parametrien, als auch Beckenserosa und Tuben, muss in erster Linie immer eine conservative, die Function erhaltende sein. Der vorliegende Fall wird dann ergeben, welche von den conservativen, das ist Resorptionsmethoden, in Anwendung zu ziehen ist. Die Operation bleibt immer das Ultimum refugium. Von dieser Tendenz ausgehend ist man auch in letzter Zeit eifrig bemüht, die conservativen Methoden zu verbessern und zu verallgemeinern und hat auch die Technik der Belastungstherapie mancherlei Wandlungen zu ihrem Besten durchgemacht. So hat bereits Schauta statt des vaginalen Schrotbeutels den Colpeurynter in Anwendung bringen lassen, welcher Umstand als wesentliche Aenderung in der Technik der Belastungstherapie zu bezeichnen ist. Funke verbindet den vaginalen Colpeurynter durch einen ungefähr 30 cm langen Gummischlauch mit einem grösseren, äusseren Colpeurynter, welcher mit Quecksilber gefüllt ist. Durch Heben entleert sich der letztere in den vaginalen und kann man durch Compression des Schlauches, sowie durch Heben und Senken des äusseren, mit Quecksilber gefüllten Colpeurynters den Ablauf des Quecksilbers in den vaginalen, allerdings auf etwas rohe, ungenaue Weise reguliren. Die

Patientin wird im Bette auf Kissen in steile Hochlagerung gebracht, der eingefettete, zusammengelegte Colpeurynter entweder durch ein vorher eingeschobenes Speculum oder mittels Colpeurynterzange in den tiefsten Theil der Scheide gebracht, dann der äussere, mit Quecksilber gefüllte Colpeurynter gehoben und auf diese Weise der vaginale Colpeurynter unter Controle eines in die Vagina eingeführten Fingers gefüllt. Will man die Behandlung sistiren, dann lässt man die Patientin aufsitzen, worauf sich das Quecksilber von dem vaginalen Colpeurynter in den äusseren wieder entleert. Pincus, welcher auf den Ausbau der Belastungstherapie besonders viel Eifer verwendete, construirte einen von ihm „Quecksilberluftcolpeurynter" bezeichneten Apparat, durch welchen man eine graduelle, intravaginale Be- und Entlastung erzielen kann. Er sagt in seiner letzten diesbezüglichen Publication, dass dieses therapeutische Verfahren, welches bisher allerdings unter Verwerthung der Gesetze der Physiologie, sowie unter eingehender Berücksichtigung der anatomischen Thatsachen im Wesentlichen dennoch nur empirisch aufgebaut wurde, erst durch die Dosirbarkeit der Belastung eine äussere wissenschaftliche Form erhalten habe. (Ludwig Pincus, Quecksilberluftcolpeurynter und Colpeuryntermassage, Centralbl. f. Gynäkol. Nr. 32, 1901.) Er legt der stufenweise messbaren und dosirbaren Belastung, sowie der stufenweise messbaren und dosirbaren Entlastung eine grundlegende Bedeutung für diese Behandlungsmethode bei, indem nebst Anderem das so anstrebenswerthe Ziel einer jeden Behandlungsweise chronischer Entzündungsprocesse erreicht wird, nämlich die Durchführung der ambulatorischen Behandlung. Da eine plötzliche, zu starke Belastung und Entlastung durch die Dosirbarkeit ausgeschlossen ist, so entfällt die durch erstere bedingte Compressionsanämie und die durch letztere bewirkte, schrankenlose, reactive Fluxionshyperämie, sowie die Möglichkeit, dass durch diese Schwankungen im Blutkreislaufe Bacteriendepots aus den Krankheitsherden in die Circulation gerathen. Mithin ist der Factor „Zufall" aus dieser Behandlungsmethode eliminirt.

Der Apparat ist zusammengesetzt aus einer graduirten Glaskugel, die 500 g Quecksilber fasst und von welcher vier Ansatzröhren diametral abgehen. Diese Glaskugel, welche zur vorübergehenden Quecksilberfüllung bestimmt ist, wird an seinen Ansatzröhren mit zwei verschieden grossen Colpeuryntern und

einem Gebläse in Verbindung gesetzt, während das vierte, mit einem kurzen Gummirohr versehene Ansatzstück durch eine Klemme geschlossen wird. Soll der Apparat in Function treten, so wird vorerst der äussere grössere Colpeurynter ganz mit Quecksilber gefüllt. Der luftleer gemachte kleinere, vaginale Colpeurynter wird durch ein Speculum oder mittels einer Colpeuryntерzange in den tiefsten Theil der Scheide eingeführt, nachdem vorher für ausgiebige Entleerung des Mastdarmes und der Blase gesorgt wurde. Nun wird durch Heben des äusseren Colpeurynters, der also gewissermassen ein Quecksilberreservoir darstellt, nach Oeffnen der entsprechenden Klemme die Glaskugel, das ist der Messapparat, mit 500 g Quecksilber gefüllt und von hier ebenfalls wieder nach Oeffnen der entsprechenden Klemme in den vaginalen Colpeurynter entleert, worauf dann wieder die Klemme geschlossen wird. Mithin befinden sich 500 g Quecksilber in dem vaginalen Colpeurynter, welche durch dieselbe Manipulation verdoppelt und verdreifacht werden können. Auf dieselbe Weise wird dann der vaginale Colpeurynter gradatim nach dem äusseren Colpeurynter durch die Glaskugel wieder entleert. Mithin hat man es in der Hand, den vaginalen Colpeurynter stufenweise zu füllen und zu entleeren. Um jedoch selbst nach der stufenweisen Entleerung des vaginalen Colpeurynters jede Möglichkeit einer Fluxionshyperämie zu vermeiden, geht Pincus noch weiter und füllt den vaginalen Colpeurynter, nachdem er gradatim entleert wurde, vom Gebläse aus nach Oeffnen und Sperren der entsprechenden Klemmen mit Luft, unter Controle eines in der Vagina befindlichen Fingers, um vaginale Risse, die unter solchen Umständen leicht entstehen könnten, zu vermeiden. Die Patientinnen werden dann mit dem mit Luft gefüllten Colpeurynter in der Vagina nach Hause entlassen mit der Weisung, falls Schmerzen auftreten sollten, die verschliessende Klemme zu öffnen. Ueberdies ist es rathsam, das Abdomen durch elastische Binden zu fixiren. Der Apparat ermöglicht in seiner Zusammensetzung noch eine andere Verwendung, welche Pincus angibt und die er mit dem Namen Colpeuryntermassage belegt. Wird der äussere grössere Colpeurynter, statt mit Quecksilber gefüllt zu werden, leer gelassen und gleichzeitig mit dem vaginalen Colpeurynter nach Oeffnen der entsprechenden Klemme vom Gebläse aus theilweise mit Luft gefüllt, so kann man, wenn das Gebläse durch Schliessen der entsprechenden Klemme ausgeschaltet ist,

den vaginalen Colpeurynter durch Druck auf den äusseren Colpeurynter prall füllen. Lässt man mit dem Drucke nach, so wird der vaginale Colpeurynter wieder schlaff. Wiederholt man dieses Spiel rasch hintereinander, so erzielt man eine Form der Massage, die Pincus als Colpeuryntermassage bezeichnet. Sie hat vor der manuellen Massage den Vortheil, dass die Frauen nicht belästigt werden, dass jede Friction und Reizung des weiblichen Genitales ausgeschlossen ist. Pincus empfiehlt diese Form der Massage besonders bei hysterischen, erotischen und erethischen Frauen und lässt den vaginalen Colpeurynter unter Cocaïnwirkung einlegen. Auch hier hat man es in der Hand, den Druck willkürlich in schnellerer und langsamerer Folge ansteigen und abfallen zu lassen. Pincus empfiehlt die Colpeuryntermassage bei Reizungszuständen in der Beckenmusculatur (Myodynia intrapelvica sexualis), den Vorstufen des Vaginismus, den Folgen des Coitus interruptus, sowie des vielverschlungenen Präventivverkehres. Auch bei Erschlaffungszuständen im Genitalschlauche (Myasthenia intrapelvica sexualis et stercoralis), bei mangelhaftem Tonus in der Wand der Vagina und ihrer Umgebung hat sich dieses Verfahren bewährt. Es wirkt günstig auf schlecht involvirte Uteri mit erhalten gebliebener Contractilität. Es bewährt sich zur Anregung und Verstärkung von Geburtswehen und wirkt nach Pincus besser als der Wassercolpeurynter. Im Ganzen und Grossen kann die Methode der Nachprüfung wärmstens empfohlen werden und wird sie als Ergänzung unserer bisherigen conservativ-therapeutischen Behelfe bei der Behandlung chronisch entzündlicher Processe im Bereiche der weiblichen Genitalorgane allerdings innerhalb bescheidener Grenzen zu verwerthen sein.

REFERATE.

Interne Medicin.

Ueber Entstehung und Verhütung der oxalsauren Niederschläge im Urin. Von Prof. G. Klemperer.

Wenn man eine mittlere Portion Spinat geniesst, so bekommt man circa 100 mg im Magensaft lösliche Oxalsäure in den Magen. Davon erscheinen etwa 15 mg im Urin wieder. Im Stuhlgang finden sich höchstens 10 mg wieder. Der Rest wird durch Bacterien und Fermente des Darms zerstört. Denn wenn man 10 mg

oxalsauren Kalk mit Fäulnissbacterien oder mit menschlichen Fäces im Brutschrank stehen lässt, so werden auch 80—90% des Oxalats zum Verschwinden gebracht. Bei einem jungen Menschen erschienen 10 mg oxalsaures Natron und 10 mg oxalsaurer Kalk nach subcutaner Injection quantitativ im Urin wieder. Man darf sagen: Diejenigen Mengen oxalsaurer Salze, welche beim Menschen in den Säftestrom übertreten, gehen also auch unverändert durch die Nieren. Danach müsste der Urin von Menschen oder Thieren, die mit oxalsäurefreier Kost — d. h. mit Fleisch, Fett und Mehlspeisen — ernährt werden, auch oxalsäurefrei zu machen sein. Das ist aber nicht der Fall. Lüthje hat einen Hund zwölf Tage hungern lassen, und der Hund hat doch noch 7 mg Oxalsäure ausgeschieden. Lommel hat durch Gelatinefütterung bei Menschen Erhöhung der Oxalsäureausscheidung festgestellt. Vf. konnte im Verein mit Dr. Tritschler feststellen, dass nach Fütterung wie nach Injection von Glykokoll die Oxalsäureausscheidung vermehrt ist. Die in der Galle enthaltene Glykochlorsäure, welche sich in Glykokoll und Cholalsäure zu spalten vermag, steigert ebenfalls die Oxalsäureausscheidung. Danach ist erklärlich, dass die Oxalsäure auch im Hungerzustand nicht aus dem Urin verschwindet; hier ist das Kreatin des zersetzten Muskelfleisches die Quelle. Ganz oxalsäurefrei wäre der Urin nur dadurch zu machen, dass die Nahrung keine Oxalsäure und kein Kreatin, also keine Pflanzenkost und kein Fleisch, und doch genügend Nährstoffe enthielte, um einen Körpereiweissschwund zu verhüten, aber man wird Niemand Fleisch und Gemüse auf längere Zeit entziehen wollen. Das ist aber auch nicht nöthig, denn es kommt gar nicht darauf an, dass man den Urin ganz oxalsäurefrei macht. Von Wichtigkeit ist, das Ausfallen des oxalsauren Kalks zu verhindern. Man nimmt an, dass oxalsaurer Kalk in zweifachsaurem Phosphat löslich sei. Aber die einfache Betrachtung so vieler saurer Urine, die zugleich Harnsäure und oxalsauren Kalk fallen lassen, zeigt, dass diese Erklärung nicht genügend ist; denn Harnsäure fällt gerade bei reichlicher Anwesenheit zweifach sauren Phosphats aus. Es muss neben dem sauren Phosphat noch ein anderer Factor für die Lösung des oxalsauren Kalks von Bedeutung sein und als solchen haben Vff. die Magnesia erkannt. Eine Reihe von Analysen hat gelehrt, dass Kalkoxalat um so leichter löslich ist, je mehr Magnesia und je weniger Kalk der Urin enthält. Das beste Verhältniss von CaO : MgO schien 1 : 0·8 bis 1 : 1·2, wenn der

Oxalsäurewerth 1·5 mg auf 100 Urin nicht überschreitet und der procentische Magnesiagehalt mindestens 20 mg beträgt. Ein sehr deutliches Beispiel mag man in den Verhältnissen bei Milchdiät erblicken: nach reiner Milchkost sinkt die Oxalsäureausscheidung auf ein Minimum und doch kommt es so häufig zum Ausfallen von Oxalat, weil die Milch äusserst kalkreich und höchst magnesiaarm ist. Will man nun Leute mit einer Kost ernähren, welche relativ wenig Kalk und viel Magnesia enthält, während sie zugleich nur geringe Oxalsäuremengen bildet, so thut man gut, Milch, Ei, Thee, Cacao und viele Gemüse zu untersagen, dagegen reichlich Fleisch, Fett, Brot, Mehlspeisen, Reis und Leguminosen, Aepfel und Birnen anzurathen. Ein absolutes Gemüseverbot ist nicht nothwendig, nur Spinat und die Kohlarten (diese wegen ihres hohen Kalkgehalts) sind zu verbieten, mässige Mengen der übrigen Gemüse aber zu gestatten. Das Getränk sei reichlich, gegen alkoholische Getränke besteht aus Gründen der Oxalurie kein besonderer Einwand, auch Kaffee ist gestattet. Man kann den Magnesiagehalt des Urins auch medicamentös beeinflussen, wenn man täglich 2 g Bittersalz nehmen lässt; es wird zwar nur ein sehr kleiner Theil resorbirt, immerhin steigt nach wenigen Tagen unter dieser Medication der Magnesiagehalt des Urins deutlich an, wodurch die Lösungsverhältnisse für den oxalsauren Kalk wesentlich verbessert werden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52, 1901.)

Ueber Salochinin. Von Docent Dr. Franz Tauszk. (Rechtsufriges Armenhaus zu Budapest)

Vf. hat das Salochinin in Fällen von Neuralgia supraorbitalis, Influenza, Ischias, Tabes dorsalis (gegen die lancinirenden Schmerzen), Tonsillitis follicularis, Muskelrheumatismus, Polyarthritis acuta febrilis, Polyarthritis chron., Typhus abdominalis angewendet. Die Patienten vertrugen es gut. Bloss in einem Falle zeigte sich Ueblichkeit, welche dem Salochinin zuzuschreiben war. Die einfache Dosis war 0·5—1·0, das Maximum der Tagesdose 3 g. Ohrensausen, Schwindel und andere unangenehme Nebenwirkungen wurden nie beobachtet. Das Salochinin vereint in sich bezüglich seiner Wirkungsweise die Eigenschaften des Chinins mit jenen des Salicyls. Besonders die analgetische Wirkung ist sehr bedeutend. 1 g Salochinin vermochte heftige, ohne Behandlung stundenlang anhaltende lancinirende Schmerzen in einer Stunde erheblich zu lindern. Es verminderte die Schmerzen bei acuter Polyarthritis, in Fällen, in welchen die am Vortage

verabfolgte Salicyldose eine Wirkung kaum zeigte. Bei Neuralgia supraorbitalis im Stadium der Schmerzen verabreicht, erzeugt es bloss geringe Linderung, aber 2 g, vier Stunden vor dem Anfall verabreicht, bewirkten das Ausbleiben des typischen, neuralgischen Anfalles. In hartnäckigen Fällen von Muskelrheumatismus erwies sich das Salochinin von vorzüglicher Wirkung. Ebenso war die schmerzstillende Wirkung vorzüglich in zwei Fällen von schwerer, mit heftigen Schmerzen einhergehender Influenza. Es linderte zu jeder Zeit die Schmerzen bei Polyarthritis chronica. Der Verlauf der Tonsillitis erschien auch kürzer. Bei Abdominaltyphus zeigte es keine wesentliche Wirkung, was dadurch zu erklären ist, dass die antipyretische Wirkung des Salochinins nicht gross ist; in einem Typhusfalle fiel die Temperatur (40·7° C.) auf 0·5 g Salochinin überhaupt nicht. Temperaturverminderung erfolgt bloss bei grösseren Dosen (1—2 g), aber auch hier unbedeutend, beträgt kaum mehr als einige Zehntelgrade und erreicht nur ausnahmsweise 1°. Eine grössere Temperaturerniedrigung zeigte sich besonders bei Influenza und Polyarthritis, wobei die subjective Besserung des Kranken unverhältnissmässig grösser ist als die Temperaturherabsetzung. Bei Tuberculosis pulm. konnte das Salochinin, zwei Stunden vor Eintritt des Fiebers verabreicht, das Fieber hinausschieben, vielleicht auch ein wenig vermindern, aber nicht ganz verhindern. Das Salochinin entfaltet die antineuralgische und antipyretische Wirkung besser, wenn es gleich in grösseren Dosen und in kürzeren Intervallen verabreicht wird. So erreichte Vf. bei Influenza die grösste Wirkung, wenn er das Salochinin in stündlichen Pausen dreimal zu 1 g gab. In solchen Fällen ist die Wirkung von mässigem Schweiss begleitet. Das Salochinin ist also ein werthvolles Antineuralgicum und mässiges Antipyreticum, welches im Allgemeinen keine unangenehmen Nebenwirkungen besitzt und überall dort verabreicht werden kann, wo bisher die Chinin- oder Salicyl-Präparate verordnet wurden. Diese Wirkung entfaltet es bei der Tagesdose von 1—3 g rasch und zuverlässlich, weshalb es zu weiteren Versuchen geeignet erscheint. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 1, 1902.)

Ueber nervöse Dyspepsie, mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. Von Dr. J. Boas.

Die Diagnose der nervösen Dyspepsie ist in einzelnen Fällen kinderleicht, und zwar da, wo schon die Anamnese und die Krankheitsentwicklung in scharf ausgeprägten Zügen den nervösen

Charakter des Leidens kennzeichnen. Allein das gilt nur für einen Bruchtheil der Fälle. In anderen ist das Bild verwischt, mehrdeutig, durch mancherlei Complicationen getrübt, so dass nur eine gründliche Untersuchung zum Ziele führt. Am klarsten liegt der Sachverhalt, wenn eine subtile physikalische und chemische Untersuchung völlig normale Verhältnisse aufdeckt. Allerdings darf man bei immer wiederkehrenden Klagen nicht eigensinnig beharren. Schwieriger gestalten sich die Verhältnisse, sobald von vorneherein gewisse objective Veränderungen nachweisbar sind: Atonie, Gastroptose, dislocirte Nieren, Leber, Milz, endlich auch Genitalerkrankungen. Wenn man bezüglich der Sachlage Zweifel empfindet, so soll man eine Magenausspülung nach Leube'scher Probemahlzeit vornehmen. Das Leersein des Magens sieben Stunden post coenam wird sofort über den Irrthum aufklären.

Eine weitere Quelle verhängnissvoller Irrthümer besteht in dem Befunde ein- oder doppelseitigen Nierentiefstandes. Obgleich derselbe sicher Symptome ähnlich denen der nervösen Dyspepsie hervorrufen kann, so ist er weitaus in den meisten Fällen ein vollkommen bedeutungsloser Zustand, zumal bei Patienten, die keine schwere Arbeit zu verrichten haben. Nur wo ein offenbarer Zusammenhang zwischen Nierendislocation und Beschwerden (angestrengte Bewegung, Bücken, Springen, Tanzen u. A.) eindeutig aus den Schilderungen hervorgeht, kann man die erstere für die Beschwerden verantwortlich machen. Ebenso kann das Uebersehen entwickelter oder noch häufiger wenig ausgebildeter Hernien, besonders kleiner Cruralhernien und der nicht seltenen Hern. lin. alb. die Ursache diagnostischer Irrthümer abgeben. Aber ebenso kann umgekehrt das Vorhandensein symptomlos bestehender Hernien leicht zu falscher Auffassung von Ursache und Wirkung führen. Nur eine sorgfältige, längere Beobachtung kann hier den wirklichen Zusammenhang klären; oft genug bleibt er trotz aller Umsicht zweifelhaft. Vf. erwähnt einen Fall, ein junges Mädchen betreffend, wo eine Cholelithiasis, bei welcher die klinischen Erscheinungen der Krankheit fehlten, mit nervöser Dyspepsie verwechselt wurde. Die Kranke hatte auch eine Hern. lin. alb., mit welcher die Beschwerden in Zusammenhang gebracht wurden und die vorgenommene Operation deckte den Irrthum auf. Mannigfache Schwierigkeiten können sich ferner in zweifelhaften Fällen von Ulcus ventriculi ergeben. Man beginnt in aller Zuversicht eine lege artis durchgeführte Ulcuscur, aber die Beschwerden steigern sich,

die Schmerzen, der Druck, das Aufstossen und das Allgemeinbefinden werden immer ungünstiger. Alles weist darauf hin, dass man auf falschem Wege ist. Wenn man dann die Sache in umgekehrter Weise anfängt und den Magen rücksichtslos behandelt, kommt der Erfolg.

Solche Fehler unter allen Umständen zu vermeiden, ist vergebene Liebesmüh. Man kann den ungünstigen Eindruck zweier ganz entgegengesetzter Curen am besten dadurch paralysiren, dass man im Zweifelsfalle eine Art Probecur macht, von deren Ausfall man ausdrücklich das weitere Vorgehen abhängig macht. Ganz besonders misslich steht es mit der Diagnose, wenn Ulcus und nervöse Dyspepsie verbunden sind. Allenfalls kann der Verlauf die anfangs gestellte Diagnose nach der einen oder anderen Richtung hin corrigiren. Desgleichen ist die Abtrennung von beginnenden organischen Magenaffectionen, namentlich der Gastritis (acuta) keineswegs leicht. Die Entscheidung bietet hier nicht der Magenbefund, sondern der Gesammteindruck des Kranken. Hervorzuheben ist noch die Verwechslung mit latent oder unklar verlaufenden Fällen von Carcinomen des Magens, des Pankreas und mit Carcinomen des Kolons. Auch atypisch verlaufende Fälle von Addison'scher Krankheit, Peritonealtuberculose und Carcinose, beginnende Lebercirrhose u. A. können sich gar nicht selten so unter der Maske einer nervösen Dyspepsie verbergen, dass erst der weitere perniciöse Verlauf oder gar die Section den bedauerlichen Irrthum aufklärt. Als praktisch massgebend für alle zweifelhaften Krankheitsbilder erachtet Vf. den Erfolg einer rationellen Ernährungscur. Bleibt derselbe trotz calorisch reich bemessener und aufgenommener Nahrung aus oder lässt zu wünschen übrig, ohne dass sich ein durchsichtiger Grund hiefür ergibt, so muss das selbst bei Fehlen aller sonstigen objectiv feststellbaren Symptome stutzig machen.

Es gibt bei der nervösen Dyspepsie streng genommen keine eigentlich causale Therapie, sondern lediglich eine Therapie ex juvantibus et nocentibus. Es ist dies von umso grösserer Bedeutung, als die Therapie nicht selten eine operative ist (Fixation dislocirter Nieren, Gastropexie, Ventrofixatio bei Retrofl. uteri, Herniotomien u. A.). Die heutzutage fast schon vergessene Nephropexie ist ein lehrreiches Warnsignal für übereifrige Activisten. Die moderne Gastropexie sucht, von Frankreich aus, weitere Kreise zu ziehen, bis jetzt glücklicherweise

mit mehr Eifer als Erfolg. Aber auch bei den berechtigten Operationen, wie die der Retrofl. uteri, der Hernien, speciell der Hern. lin. alb., liegt praktisch die Sache vielfach so, dass die Operation meist einfach ein Experiment darstellt, dessen Gelingen zwar kaum in Frage kommt, wohl aber dessen Nutzen. Ganz anders steht es mit palliativen Massnahmen, soweit sie der causalen Indication entsprechen, z. B. Bandagen, Bruchbändern. Der Schwerpunkt der Behandlung hat in der Kräftigung und Schonung des Nervensystems im Allgemeinen und der Verdauungsfunctionen im Besonderen zu liegen. Man kann zwei Gruppen von nervösen Dyspeptikern unterscheiden: gut und schlecht ernährte. Die erstgenannte gehört zu den entschiedenen Seltenheiten. Die Behandlung dieser Gruppe fällt vollständig mit der der Neurastheniker κατ' ἐξοχήν zusammen. Die moderne Therapie der nervösen Dyspepsie ist eine Combinationstherapie: Diät, Hydrotherapie, Elektrotherapie, Massage, Heilgymnastik, Aero- und Thalassotherapie u. A. Alles vereinigt sich oder soll sich wenigstens zu einem grossen Gesammteffect vereinigen.

Dieser Methode steht eine zweite gegenüber, die von den meisten einsichtigen Aerzten geübt wird und die man allgemein als Ruhecur bezeichnen darf. Sie findet in der Weir-Mitchell-Cur ihren prägnantesten Ausdruck. Diese absolute Ausschaltung aller äusseren Reize und Einwirkungen ist auch heute noch das geeignetste Verfahren bei unruhigen, abgemagerten, schlaflosen Neurasthenikern. Auch hier muss aber, je nach dem Grade des Leidens, individualisirt werden, in dem Sinne, dass Ruhe mit leichter körperlicher Bewegung, mit nicht anstrengender geistiger oder körperlicher Beschäftigung abwechseln kann, ohne dass hiedurch der Erfolg der Cur beeinträchtigt wird. Neben der Ruhecur hält Vf. eine rationelle, den individuellen Verhältnissen angepasste Ernährung für den wesentlichsten Bestandtheil der Behandlung. Er hat eine Diät zur Anwendung gebracht, die sich den Normalmahlzeiten (fünf pro Tag) anschliesst und sich auch quantitativ und qualitativ von den Lebensgewohnheiten des Kranken möglichst wenig entfernt. Als Fettbildner figuriren gute Butter, Sahne (750 g bis 1000 g pro die auf vier Mahlzeiten vertheilt), die v. Mering'sche Kraftchocolade und reichliche Kohlehydrate (Weissbrot, Zwieback, Zucker, Mehlspeisen, Gemüse), als Eiweissbildner kommen Fleisch, Fisch, Eier in Betracht. Als natürliche Stuhlbewirker kommen Honig, Milchzucker, Marme-

laden, Salate, Grahambrot, Buttermilch, Kefir, Apfelwein, Alles in geeigneter Weise combinirt, zur Verwendung.

Faradisation ist vollkommen entbehrlich, Massage nur aus kosmetischen Gründen, um eine gleichmässigere Fettvertheilung anzustreben, aber auch dann nur ganz vereinzelt. In den sogenannten glatten Fällen kommt man mit dieser einfachen, ungekünstelten Methode vollkommen zum Ziele, vorausgesetzt, dass der psychische Einfluss des Arztes genügend zur Geltung kommt. Diesen glänzenden Resultaten stehen andere weniger günstige gegenüber. Eine sehr häufige Form des Misserfolges besteht darin, dass die Kranken während der Cur sich wesentlich bessern, aber mit dem Augenblick, da sie in ihre häuslichen Verhältnisse eintreten, sehr bald wieder rückfällig werden. Vielfach liegt hier der Fehler darin, dass Aerzte, besonders Anstaltsärzte, die ihre Kranken entlassen, ihnen und den Angehörigen die Versicherung einer vollkommenen Heilung geben. Der Arzt muss den eigenen Curerfolg so viel als möglich verkleinern, und den Patienten darauf hinweisen, dass der schwierigste Theil der Cur erst nach Entlassung aus der Anstaltsbehandlung beginnt. Unter allen Umständen muss als unerlässlich gefordert werden, dass der Kranke sich noch mehrere Monate von beruflicher Thätigkeit fern hält, die in der Anstalt als passend erprobte Diät pedantisch inne hält und endlich auch ein bestimmt vorzuschreibendes Mass von körperlicher Ruhe beobachtet. Zuweilen stellt es sich bei beruflich überangestrengten Individuen als nothwendig heraus, die Ruhecur jedes Jahr einmal zu wiederholen, wobei dann schon 3—4 Wochen zum Wiederaufbau genügen.

In Fällen, in welchen eine wesentliche Aufbesserung des Gewichtes erfolgt, die localen oder allgemeinen nervösen Beschwerden in ungeminderter Weise fortbestehen, können klimatische Curen, namentlich Aufenthalt im Hochgebirge, mit gleichzeitiger hydropathischer Behandlung, Aufenthalt an der See oder noch besser längere Seereisen den Curerfolg wesentlich fördern.

Ungeeignet im Allgemeinen sind systematische Mineralwassertrinkcuren. Wenn unter dem Gebrauch einer solchen auch gelegentlich Heilerfolge erzielt werden, so sind dieselben doch mehr den übrigen Massnahmen als dem Mineralwasser zuzuschreiben. Hiezu kommt, dass die grösseren Curorte, wie Karlsbad, Kissingen, Homburg, Wiesbaden für Magenneurastheniker,

gerade in Bezug auf geistige und körperliche Schonung und Ruhe, namentlich in der Hochsaison, viel zu wünschen übrig lassen.

Der Werth von Medicamenten ist im Ganzen ein symptomatischer. Wo z. B. durch keine der bekannten physikalischen und hydrotherapeutischen Methoden Schlaf zu erzielen ist, thut eine einmalige Darreichung von Trional oder Hedonal bisweilen Wunder. Desgleichen sieht man bei Aufregungs- und Angstzuständen, Uebelkeit, Druck im Magen, von Brompräparaten in Dosen von 1—3 g pro die, zwar nicht immer, aber doch oft genug vorübergehende oder selbst dauernde Besserung. Auch kleine Dosen von Cocaïn, Codeïn oder Dionin, bei schmerzhaften Sensationen im Magen oder Darm, auch Chloral in verzettelten Dosen. Recht günstige Erfolge hat Vf. hin und wieder von Validol (3 mal täglich 8—10 Tropfen) beobachtet. In jedem Falle aber muss man danach streben, den Kranken diese und ähnliche Mittel mit der Zeit entbehrlich zu machen, am passendsten, dass man bei besserem Befinden die Dosis von Tag zu Tag verringert.

Die Gesammtbehandlung erfordert in den ausgeprägten Krankheitszuständen eine Anstaltsbehandlung. In sehr ruhiger Häuslichkeit und bei verständnissvoll geleiteter Küche mag — besonders in kleinen Städten oder auf dem Lande — ein Versuch mit einer Hauscur gestattet sein. Vorbedingung hiefür sollte immer sein: Trennung von allen geschäftlichen, häuslichen und Familienverpflichtungen. Beim Vorwalten mehr reiner Magen- und Darmsymptome wird man eine Magenheilanstalt wählen, bei Kranken, bei welchen mehr Symptome der allgemeinen Neurasthenie, speciell Schlaflosigkeit, grosse motorische Unruhe, hypochondrische Gemüthsverstimmung vorwalten, dürften Nervenheilanstalten vorzuziehen sein. Bei der Wahl des Einen oder Anderen spielt die wissenschaftliche Qualification und die Persönlichkeit des Leiters eine wesentliche Rolle. — (Berl. Klinik H. 161.)

Ueber Verwendung ausschliesslicher Rectalernährung. Von Dr. E. Stadelmann.

Vf. hat im Laufe der letzten Jahre eine ganze Reihe von Kranken, speciell solche, welche an Ulcus ventriculi litten, mit ausschliesslicher Rectalernährung behandelt und ist mit den Erfolgen dieser Therapie sehr zufrieden gewesen. In mehreren Fällen ist lediglich durch sie Heilung des Magen-Ulcus bewirkt worden, in welchen man auf andere Weise (Behandlung nach dem Leube'schen Verfahren) nicht vorwärts kam. Die Vorschrift von Leube, solche

Kranke mit heissen Kataplasmen zu behandeln, hat Vf. nicht mehr befolgt; man kommt ebenso weit mit Priessnitz'schen Einpackungen. Zur Einleitung der absoluten Magenruhecur und der ausschliesslichen Rectalernährung entschliesst sich Vf. nur dann, wenn die weniger eingreifenden therapeutischen Massnahmen (speciell die Leube'sche Cur) im Stiche gelassen haben. Vfs. Erfahrungen über die Kussmaul-Fleiner'sche Wismuth-Therapie sind ausserordentlich günstige, derart, dass er sie in allen Fällen von Ulcus ventriculi zuerst in Anwendung zieht. Er hat auf diese Weise eine grosse Zahl von Heilungen bei Ulcus ventriculi erzielt. Die ausschliessliche Rectalernährung hält Vf. weiter indicirt bei acuter Gastritis mit continuirlichem, unstillbarem Erbrechen. — (Deutsche Aerzte-Ztg., H. 22, 1901.)

Scheinbare Tumoren des Abdomens. Von Prof. Dr. Max Einhorn.

Ein scheinbarer Tumor in der oberen Hälfte des Abdomens kann bedingt sein: 1. durch einen prolabirten linken Leberlappen; 2. durch Verdickung und Blossliegen der Abdominalaorta; 3. durch einen hypertrophischen Zustand einzelner Muskelpartien der Bauchwand; 4. durch Adhäsionen (?) um die kleine Curvatur des Magens. Die Punkte sind lediglich theoretischer Natur, die allerdings eine gewisse Begründung in dem Ergebniss der klinischen Untersuchung finden.

Man wird den scheinbaren Tumor dem linken Leberlappen zuschreiben, wenn er in der Mittellinie liegt und ziemlich dicht unter dem Proc. ensif. sich befindet; ausserdem wird man dann öfter oberhalb der Resistenz, besonders am Proc. ensif. selber, anstatt der gewöhnlichen durch die Leber bedingten Dämpfung, einen mehr tympanitischen Schall bei der Percussion erhalten. Die Geschwulst ist in diesen Fällen von erheblicher Grösse (faustgross).

Ein scheinbarer Tumor, durch die Aorta bedingt, liegt gewöhnlich tief in der Bauchhöhle, dicht an der Wirbelsäule, hat eine längliche Configuration und ist stark pulsirend. Die Dicke der Resistenz beträgt gewöhnlich zwischen einem bis zwei Daumen, die Länge etwa zwei Zoll. Häufig wird ein solcher Tumor fälschlich für ein Aneurysma gehalten.

Der Tumor ist höchst wahrscheinlich durch die Bauchmusculatur bedingt, wenn er ziemlich oberflächlich liegt und vornehmlich auf der einen Seite der Bauchwand rechts oder links von der Linea

alba palpirt werden kann. Die Resistenz verläuft etwas horizontal und beträgt etwa 1—1½ Zoll in Breite und 2—3 Zoll in Länge; die Oberfläche ist nicht kugelig (wie bei Tumoren durch Leber bedingt), sondern mehr flach, obgleich nach der Seite zu auch hier eine leichte Abrundung wahrzunehmen ist.

Adhäsion des Magens lässt sich schwer mit einiger Sicherheit feststellen. Die gefühlte Resistenz ist ziemlich unbedeutend, klein, in der kleinen Curvatur des Magens in der Regel nach dem Pylorus zu gelegen und zeigt ein Fehlen der charakteristischen, für die anderen drei Gruppen angeführten Merkmale.

Ob nun der Tumor der einen oder der anderen der vier Gruppen angehört, ist von geringerer Bedeutung, als die Entscheidung der Frage, ob man es in einem gegebenen Falle mit einem wirklichen Tumor (Neubildung) zu thun hat, oder nur mit einer scheinbaren Geschwulst. Diesbezüglich liesse sich Folgendes sagen: Bei den scheinbaren Tumoren zeigt die Resistenz eine mehr weniger glatte Oberfläche; jedenfalls sind keine deutlichen Höcker vorzufinden; der Tumor wird nicht immer mit gleicher Schärfe gefühlt und entgeht gelegentlich ganz und gar der Entdeckung durch Palpation. Der Tumor hat die oben skizzirte Lage und ein hoher Grad von Enteroptose ist in der Regel zu constatiren. Als fernere Hilfsmittel der Diagnose dienen der Krankheitsverlauf, welcher hier gewöhnlich ein sich über Jahre hinziehender ist, das Alter, welches sich vom gereiften Jugendalter bis zum späten Greisenalter erstrecken kann, und die Unterernährung, welche gewöhnlich nicht frisch aufgetreten ist, sondern in der Regel alten Datums ist. Sind alle diese Punkte vereint vorhanden, so wird die Unterscheidung von einer wirklichen malignen Neubildung leicht. Doch kommen auch Fälle vor, wo die Sache nicht so leicht ist. Erstens kann eine wirkliche Neubildung unter Umständen einige der für die scheinbaren Tumoren angegebenen Kennzeichen an sich tragen (so z. B. eine glatte Oberfläche zeigen, oder länglich in Gestalt sein etc.), anderseits können scheinbare Tumoren mit vielen für Krebs charakteristischen Erscheinungen einhergehen. So kann eine schnell fortschreitende Abmagerung eintreten, und doch handelt es sich um einen nur scheinbaren Tumor.

Die Diagnose auf einen scheinbaren Tumor ist im Allgemeinen leicht, es gibt jedoch Ausnahmefälle, wo die Entscheidung, ob ein wirkliches Neoplasma vorliegt oder nicht, auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen kann. In diesen Fällen bleibt nichts

Anderes übrig, als einige Zeit abzuwarten. Eine über einige Wochen oder wenige Monate sich hinziehende Beobachtung wird dann diese Frage leicht entscheiden. Bei der Neubildung werden Veränderungen eintreten (die Geschwulst nimmt zu, die Symptome verschlimmern sich), während beim scheinbaren Tumor letzterer unverändert bleibt und die Krankheitserscheinungen bei geeigneter Behandlung schnell geringer werden. Die scheinbaren Tumoren sind vornehmlich bei hochgradiger Enteroptose zu finden. Starke Abmagerung und Entfernung mancher Bauchorgane (Uterus, Ovarien etc.), welche für die Entwickelung, resp. Zunahme der Ptose der Eingeweide von so hoher Bedeutung sind, spielen auch beim Zustandekommen des Bildes von scheinbarem Tumor eine grosse Rolle.

Der scheinbare Tumor erfordert an sich keine curativen Massregeln. Der ursprüngliche Krankheiszustand wird festgestellt und nach den rationellen Methoden behandelt werden müssen. Zwei Punkte jedoch spielen in allen diesen Fällen bei der Behandlung eine wichtige Rolle, und zwar erstens, Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten von dem Tumor oder Beruhigung des Geistes des Patienten, und zweitens, eine genügende Ernährung, welche consequent durchgeführt werden muss. In einer grossen Zahl dieser Patienten besteht eine Sitophobie, und diese muss nach den über die Diät der Dyspeptiker bestehenden Grundsätzen bekämpft werden. Wird man diesen zwei Indicationen in vollem Masse gerecht, so ist damit die Hauptsache geschehen, und ein günstiger Erfolg wird nicht lange auf sich warten lassen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43, 1901.)

Ueber continuirlichen Magensaftfluss (Gastrosuccorrhöe, Reichmann'sche Krankheit). Von Dr. Ludwig v. Aldor.

Das Wesen des Reichmann'schen Krankheitsbildes besteht darin, dass auch der leere Magen, selbst bei Ermangelung jedweden äusseren Reizes, eine mit dem Magensafte chemisch und physiologisch identische Secretion absondert. Als objective Zeichen der Reichmann'schen Krankheit betrachtet Vf. die folgenden: 1. Die Anwesenheit grosser Mengen Magensaftes im nüchternen Magen. Weniger als 150 cm^3 Magensaft fand Vf. bei keiner Gelegenheit. 2. Das sehr niedrige specifische Gewicht des Mageninhaltes. 3. Die ausgesprochenen hyperaciden Werthe des sowohl im nüchternen Magen zu findenden, als nach Probemahlzeiten exprimirten Magensaftes. Das will heissen, die höheren Werthe

als die Norm, namentlich an freier Salzsäure, und nur in zweiter Linie auch der Gesammtacidität und des Pepsins. 4. Als unausbleibbare Consequenz des letzteren Punktes: die unvollständige Amylolysis. 5. Im Gegensatze zu fast allen bisherigen Beobachtern hält Vf. die absolut sichere Ausschliessung der motorischen Insufficienz des Magens behufs Diagnosticirung der Reichmann'schen Krankheit für ein unerlässliches Postulat.

In Bezug auf die Therapie des Leidens können nur die Belladonna-Präparate mit grossem Erfolge benützt werden, da sie auf die Magensaftabsonderung eine ausgesprochen herabsetzende Wirkung haben. Der Organismus zeigt in verhältnissmässig kurzer Zeit eine Angewöhnung an das Atropin und die Wirkung des Atropins wird geringer. Die Morphiumpräparate sind direct schädlich, weil sie die Magensaftsecretion steigern. Doch selbst mit dem Atropin kann man nicht ausschliesslich auskommen, weil man zur Zeit des Bestandes der Anfälle nicht genügend vom Mittel geben kann, um die continuirliche Magensaftabsonderung vollkommen zu sistiren und so muss man wiederholt mehrere Male des Tages vor und nach jeder Mahlzeit alkalische salinische Wässer trinken lassen in so warmem Zustande, als es nur der Kranke verträgt. Damit kann man theilweise selbst die Magenwaschung ersetzen. Ausserdem täglich 1—2 Theelöffel Karlsbader Salz. Zur Zeit des Bestehens der allerschwersten Symptome ist eine des Morgens ausgeführte Magenwaschung ausreichend.

Ueberdies hängt der Erfolg der Heilung von unseren Massnahmen ab, die durch unsere diätotherapeutischen Kenntnisse geleistet werden, womit aber die Zusammenstellung von Diätzetteln für einzelne Krankheiten nicht vereinbarlich erscheint, denn bei der Behandlung darf nicht das kranke Organ, sondern nur das kranke Individuum den Ausschlag geben.

In der Diätotherapie der Reichmann'schen Krankheit herrschen dieselben Principien wie bei der einfachen Hyperacidität. Amylacea müssen ferngehalten werden. Die Fette beeinflussen günstig die Salzsäureabsonderung. Das Fett, das nicht nur einen hohen Calorienwerth hat, sondern auch die Magensaftsecretion in den meisten Fällen reducirt, ist nicht nur dann indicirt, wenn die Hebung der allgemeinen Ernährungsverhältnisse unser Hauptzweck ist, sondern seine Anwendung ist bei jeder mit gesteigerter Secretion einhergehenden Magenaffection im weitesten Masse eine

dringende therapeutische Aufgabe. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39, 1901.)

Indicationen und Contraindicationen des Radfahrens. Von Dr. Leo Zuntz.

Zur richtigen Beurtheilung über den Einfluss des Radfahrens auf den menschlichen Organismus ist die Kenntniss des Stoffverbrauchs nothwendig. Für den Praktiker ist es von grösserem Interesse, an Stelle des Kraftaufwandes, der nur indirecte Schlüsse auf den Stoffverbrauch zulässt, diesen selbst kennen zu lernen, wie er zuerst vom Vf. bestimmt wurde. Bei einem 9 km-Tempo braucht der Radfahrer für 1 km etwa 20 Cal., bei einem 15 km-Tempo 21 Cal., bei einem 21·3 km-Tempo 26 Cal. Der Fussgänger gebraucht zur Zurücklegung der gleichen Strecke bedeutend mehr Kraft, nämlich für 1 km bei 3·6 km-Tempo 40 Cal., bei 6 km-Tempo 47 Cal., bei 8·6 km-Tempo, das praktisch auf längere Zeit kaum durchzuführen ist, 79 Cal. Der Radfahrer ist dem Fussgänger ausserordentlich überlegen. Es schrumpfen für ihn die Entfernungen gleichsam auf die Hälfte zusammen, da er zu ihrer Zurücklegung die halbe Arbeit und dazu noch nur die halbe Zeit gebraucht.

Die Frage, wie gestaltet sich der Kraftverbrauch in der Zeiteinheit, ist für den Arzt von grösserem Interesse. Hierdurch wird die Höhe der Herz- und Athemthätigkeit bedingt. Berechnen wir den Kraftverbrauch in einer Stunde für die verschiedenen Tempi beim Radfahren und Gehen, so ergeben sich folgende Zahlen. Beim Radfahren für 9 km in einer Stunde 180 Cal., für 15 km 314 Cal., für 21·3 km 552 Cal. Für das Gehen betragen diese Werthe für 3·6 km 145 Cal., für 6 km 283 Cal., für 8·6 km 675 Cal. Diese Zahlen haben etwas sehr Ueberraschendes für den, der, selbst Radfahrer, die Anstrengung des Radfahrens beurtheilen zu können glaubt. Dass eine Tour von 15 km in der Stunde etwa um 10 % mehr, eine solche von 21 km den doppelten Kraftverbrauch erfordern, wie ein Marsch von 6 km, hätte Vf. auf Grund seiner subjectiven Empfindungen nicht geglaubt.

Der ausserordentlich hohe Stoffverbrauch bei verhältnissmässig geringem Ermüdungsgefühl lässt das Radfahren besonders geeignet erscheinen, bei Entfettungscuren unterstützend mitzuwirken. Täglich drei Stunden zu je 12 km zu fahren, kann

man auch einem Fettleibigen ruhig zumuthen, und damit wird ein Verbrauch von 740 Cal., entsprechend der Verbrennung von etwa 85 g Fettgewebe erzielt. Die Gewichtsabnahme wird aber noch erheblicher sein, weil zur Beseitigung der grossen sich bildenden Wärmemengen starke Schweissabsonderung nöthig ist und auch stets eintritt, die bei entsprechend geregelter Wasserzufuhr schnell zu einer Herabsetzung des übermässig hohen Wassergehalts des Körpers führt. Wie jede kräftige Muskelarbeit, setzt auch das Radfahren bei Diabetesfällen den Zuckergehalt des Urins herab, indem durch Steigerung der Oxydationsprocesse die Verbrennung der Kohlehydrate eine vollkommenere wird. Es empfiehlt sich, die Fahrten unmittelbar im Anschluss an die kohlehydratreichen Mahlzeiten machen zu lassen. Die Anregung des Stoffwechsels erklärt den günstigen Einfluss dieser Körperübung bei Anämie leichteren Grades; schwerere Fälle wird man wegen der zu starken Inanspruchnahme des Herzens nicht radeln lassen. Der Appetit wird nach mässigen Fahrten erheblich gesteigert. Auch die häufig beobachtete Beseitigung chronischer Obstipation beruht zum Theil auf dem gesteigerten Stoffwechsel und einer damit zusammenhängenden besseren Ausnutzung der Nahrung, wie sie in vielen Fällen nach Körperanstrengung beobachtet wurde.

Eine hervorragende Stärkung erfährt beim Radfahren das am directesten betheiligte Organsystem, die Musculatur. Man darf das Radfahren nicht als eine einseitige Muskelübung bezeichnen, das zu einem Missverhältniss einzelner Muskelgruppen führt, sondern man kann durch dasselbe einen grossen Theil der Gesammtmusculatur kräftigen. Beim Tritt auf dem gewöhnlichen Pedale leisten den Löwenantheil der Arbeit die Vasti und der Soleus, doch wird der Rectus femoris erheblich beansprucht. Nur, wo Fusshaken benutzt werden, wird der Ileopsoas stärker beansprucht. Da von Frauen Fusshaken wohl kaum benutzt werden, fällt damit die Annahme, die Hypertrophie des Psoas könne zu Geburtserschwerungen führen, ebenso in sich zusammen, wie diejenige, seine Contraction schädige die dicht anliegenden Ovarien. Dies müsste beim Gehen, wo der Psoas eine erhebliche Arbeit leistet, in viel stärkerem Masse der Fall sein.

Beobachtungen über Schädigungen des Bewegungsapparates durch Radfahren liegen kaum vor. Es gehört hierher das Auftreten von schnellendem Finger, krampfhafte Contraction der

Fingerbeuger beim Umklammern der Lenkstange. Vom Skelet kann ausserdem die Wirbelsäule schädlich oder nützlich beeinflusst werden. Unzweifelhaft kann ein gewohnheitsmässig schlechter Sitz zu Verkrümmungen führen, die so häufig beobachtete Rennhaltung das Auftreten des runden Rückens, dauerndes Fahren mit einer Hand das einer Skoliose begünstigen oder sogar veranlassen. Diese Gefahren sind doppelt gross bei Kindern mit ihrer jeder Einwirkung so leicht nachgebenden Wirbelsäule. Trotzdem scheint es Vf. zu weit gegangen, wenn F. A. Schmidt den Sport Kindern unter zwölf Jahren ganz verboten wissen will. Eine weitere Verbreitung verdient das Radfahren bei den chirurgischen Erkrankungen der Extremitäten.

Von vorzüglicher Wirkung ist das Radfahren bei neurasthenischen Zuständen. Es vereinigt sich hier körperliche Arbeit, freie Luft und Freude an der in die Augen springenden Leistungsfähigkeit zur Kräftigung des geschwächten Nervensystems. Eine ganz einzigartige Stellung vor allen anderen Körperübungen nimmt das Radfahren gerade gegenüber derartigen Zuständen ein durch das geringe Ermüdungsgefühl bei relativ hohem Stoffverbrauch, wodurch wir die Möglichkeit haben, auch solche Personen, die ängstlich jede Anstrengung als schädlich vermeiden, die Vortheile einer kräftigen Durcharbeitung des Körpers geniessen zu lassen. Dass übertriebenes Radfahren zu Schädigungen des empfindlichen Nervensystems führen kann, ist leicht begreiflich. (Schluss folgt.)

Physikalische Therapie.

Die Receptirkunst in der Hydrotherapie. Von Dr. B. Buxbaum.

B. gibt keine bestimmten Receptformeln für bestimmte Krankheitsformen; er betont, dass die Art der Procedur so ziemlich nebensächlich sei, dass die Wahl der Applicationsform von so vielen äusseren Umständen abhängig sei, dass diesbezüglich von Regeln gar keine Rede sein kann. Die Procedur muss entsprechend dem vorliegenden Krankheitsprocess individualisirend dosirt werden, d. h. es muss ein zweckentsprechender thermischer und mechanischer Reiz mit einer entsprechenden Dauer verbunden werden; es muss ein zweckmässiges Applicationsterrain für die Procedur ausgewählt werden, es müssen bezüglich der Reihenfolge und der Zahl der in Anwendung kom-

menden Proceduren richtige Bestimmungen getroffen werden, ebenso bezüglich der Wahl der Tageszeit und endlich bezüglich des Verhaltens nach der Procedur

Zunächst werden die principiellen Fehler, die häufig in den hydriatischen Recepten beobachtet werden, mitgetheilt. So ist es z. B. eine ungemein häufig vorkommende Erscheinung, dass „recht mildes Vorgehen“ gewünscht wird in der Application hydriatischer Anwendungen. Man versteht gewöhnlich unter „mildem“ Vorgehen, dass nicht zu niedrige Temperaturen angewendet werden mögen. Es werden wohl auch hier in der Hydrotherapie mittlere, d. h. milde oder indifferente Temperaturen angewendet, wie ja das Wasser in allen möglichen Temperaturen zur Anwendung kommt; bei indifferenten Temperaturen fehlt jedoch der thermische Reiz, und dann ist eben unerlässlich, den fehlenden thermischen Reiz durch einen mechanischen Reiz zu ersetzen. In seltenen Fällen, wo es sich um die Befriedigung subjectiven Wohlgefühls handelt, werden indifferente Temperaturen vorzuziehen sein, aber es muss immer auf den Eintritt der Reaction Rücksicht genommen werden, was bei Anwendung indifferenter Temperaturen nur dann der Fall ist, wenn ein kräftiger mechanischer Reiz mit der thermisch indifferenten Procedur verbunden wird. „Indifferente“ Temperaturen werden meistens mit der Begründung empfohlen, dass man eine Herabsetzung der Körpertemperatur hintanzuhalten wünsche. Bei anämischen, chlorotischen, in ihrer Ernährung herabgekommenen Patienten ist ja eine Herabsetzung der Körpertemperatur unerwünscht, aber es ist eine unbestrittene Thatsache, dass man auch durch mittlere Temperaturen die Körpertemperatur herabsetzen kann, andererseits kann man aber selbst bei Anwendung niedriger Temperaturen der Herabsetzung der Körpertemperatur vorbeugen, dadurch, dass man den Körper vor der Application niedriger Temperatur künstlich erwärmt, wie dies bei der Behandlung der Anämien und Chlorosen längst geübt wird.

Eine wichtige Frage, die in Betracht zu ziehen ist, ist die Grösse der Wärmeentziehung. Hier ist der Grundsatz zu beachten: je grösser die Temperaturherabsetzungen, umso grösser ist auch die reactive Temperatursteigerung. Ein Grundsatz, der wieder, im Gegensatze zur Anschauung der Hydrotherapeuten, bei der Behandlung fieberhafter Erkrankungen ausser Acht gelassen wird. Die Behandlung der Chlorosen, der Anämien und der Stoffwechselerkrankungen erheischt besonders die Berücksichtigung dieses Principes.

Wie wichtig es ist, die Temperaturen genau anzugeben in den hydriatischen Recepten, erhellt besonders aus der Wirkungsweise der Einpackungen und Umschläge, Proceduren, bei denen gar kein mechanischer Reiz stattfindet. Es ist viel schonender, dem Patienten einen kalten Umschlag oder eine kalte feuchte Einpackung zu geben, als diese Procedur mit warmem Wasser vornehmen zu lassen, falls man auf eine erregende Wirkung dieser Applicationen reflectirt.

Wichtig ist das Verhalten der Patienten nach einer erwärmenden, wärmezuführenden oder wärmestauenden Procedur. Nach jeder dieser Applicationen findet sich Wärme an der Körperoberfläche angehäuft — die Gefässe sind in einem Zustande der Erweiterung und Erschlaffung, die Musculatur ist ihres Tonus verlustig — daher ist es unerlässlich, nach jeder erwärmenden Procedur eine abkühlende, aber zugleich tonisirende Procedur vorzunehmen. Darauf wird übrigens allenthalben Rücksicht genommen, nur muss betont werden, dass nach einer den ganzen Körper treffenden erwärmenden Procedur wieder nur eine allgemeine abkühlende und tonisirende Procedur vorgenommen werden muss und nicht etwa eine Theilwaschung. Auch darf die Abkühlung, abgesehen von einigen wenigen Ausnahmen, nicht allmälig vorgenommen werden; es sollen energische Temperaturcontraste einwirken.

Der m e c h a n i s c h e Reiz wird noch viel häufiger vernachlässigt, als der thermische. Und doch hängt von demselben, wie schon früher angedeutet, das Auftreten der Reaction ab. Es gibt gewiss Fälle (Neurasthenie), in denen starke mechanische Reize nicht vertragen werden, daher aber die unbedingte Nothwendigkeit des Individualisirens und der genauen Beobachtung; davon hängt die Entscheidung ab, wie stark der mechanische Reiz sein muss, um Effecte hervorzurufen. Ist es doch, namentlich bei der Anwendung von Halbbädern, bei fieberhaften Erkrankungen von kolossaler Bedeutung, ob der Patient frottirt wird während des Bades oder nicht, da wir gerade in Bezug auf die Herabsetzung der Körpertemperatur mit ein- und demselben thermischen Reiz wesentlich verschiedene Resultate bekommen, abhängig davon, ob die Körperoberfläche frottirt oder nicht und ob dadurch die peripheren Gefässe erweitert werden und zu besserer Wärmeabgabe vorbereitet werden oder nicht. — Die Bestimmung der D a u e r einer Procedur ist von grosser Wichtigkeit, da kurze Einwirkungen ganz anders einwirken, als länger dauernde. Kurze Proceduren mit demselben thermischen

und mechanischen Reiz wirken erregend, länger dauernde wirken beruhigend. Ein lang dauerndes (10—15 Minuten) Sitzbad wirkt beruhigend auf die Peristaltik, daher die ausgezeichnete Wirkung bei Diarrhöen, ein kurz dauerndes Sitzbad (5—10 Minuten) wirkt erregend auf die Peristaltik, daher ihre Anwendung bei atonischer Obstipation. Wie wichtig ferner die Bestimmung der Dauer ist, zeigt sich bei den Umschlägen und feuchten Einpackungen, da von der Dauer derselben ebenfalls ihre ganz wesentlich verschiedenen Effecte abhängig sind; z. B. feuchte Einpackungen bis 20 Minuten erwärmen, $^3/_4$stündige beruhigen Gefäss- und Nervensystem, 1—2-stündige erregen Schweiss. Bei fieberhaften Affectionen müssen die feuchten Einpackungen in 10—20—30 Minuten langen Intervallen gewechselt werden.

Auch die Bestimmung des Applicationsterrains ist nicht überflüssig, obwohl man glauben sollte, dass jede Procedur ihr bestimmtes Applicationsgebiet hat, aber es ist ja auch in der medicamentösen Praxis oft erwünscht, das Medicament per os oder per rectum oder subcutan zu geben. Wir haben für ein- und dieselbe Erkrankung natürlich verschiedene Proceduren, und es wird mit Rücksicht auf die Individualität nothwendig sein, eine ganz bestimmte Localisation zu wählen. Z. B.: Es gibt zahlreiche Proceduren gegen Obstipation; bei chlorotischen Patientinnen nun werden wir gewiss keine kurz dauernden kalten Sitzbäder geben, weil diese auch blutableitend vom Gehirn wirken und dadurch Symptome von Hirnanämie, wenn auch nur vorübergehend, hervorrufen könnten.

Man trachte, mit wenigen Proceduren auszukommen, und dort, wo eine grössere Zahl von Proceduren angezeigt ist, diese auf den ganzen Tag zu vertheilen. Bezüglich der Reihenfolge ist es, mit Ausnahme eines einzigen Falles, immer angezeigt, zuerst eine locale Procedur zu geben, wenn eine solche indicirt ist, und erst dann die allgemeine Procedur. Nicht umgekehrt. Eine Ausnahme bildet nur die Behandlung der Diarrhöe, bei welcher auf die allgemeine Procedur, die Abreibung, die locale, das Sitzbad, folgt.

Wenn es möglich ist, soll es so eingerichtet werden, dass die Procedur des Morgens verabreicht wird — natürlich müssen gewisse Proceduren, z. B. gegen Schlaflosigkeit, Abends gegeben werden. Die Zeit, in welcher die Proceduren bei fieberhaften Affectionen gegeben werden sollen, lässt sich a priori nicht bestimmen. — (Bl. f. klin. Hydroth. Nr. 12, 1901.) B.

Heisse Bäder beim Rheumatismus. Von J. H. Kellog.

Unter gleichzeitiger Behandlung mit heissen Bädern genügt die halbe Dosis Salicylsäure zur Erzielung gleicher Resultate, wie bei der Behandlung ohne Bäder. Das wurde schon von Morris constatirt, der jeden Morgen ein Bad von 38—41° C. gab. Kellog empfiehlt auf Grund seiner eigenen Erfahrungen die Application von 2—3 heissen Bädern täglich. Mit ebenso gutem Erfolge kann man statt der heissen Bäder feuchtwarme Einpackungen alle 3—4 Stunden verordnen, bis der Patient in Schweiss geräth. Beim acuten Gelenksrheumatismus tritt eine Vermehrung der Harnsäure bis zu einem enormen Grade auf; ein grosser Theil derselben wird auf dem natürlichen Wege der Perspiration aus dem Organismus ausgeschieden. Der Patient soll auch grosse Mengen Wassers oder Limonade oder anderer stark verdünnter Fruchtsäfte zu sich nehmen. Der alte Laienglaube, dass die Fruchtsäfte wahrscheinlich die Krankheit steigern, wurde durch mehrere Untersuchungen gründlich widerlegt. Die organischen Säuren ergeben bei ihrer Oxydation CO_2, erhöhen so die Blutalkalinität und auch die des Harns. Durch den gleichzeitigen Gebrauch von Salicylsäure und heissen Bädern lassen sich die Anfälle von acutem Rheumatismus beträchtlich abkürzen, doch genügt auch die Hydrotherapie allein in den meisten Fällen. Grosse Dosen der Salicylpräparate, wie man sie bei Vernachlässigung der hydriatischen Methode zu geben gezwungen ist, sind für den Patienten nicht ungefährlich, da sie oft sehr ernste Magenstörungen hervorrufen. — (Moderne médecine. 1901, Nr. 3.) B.

Hydrotherapie der Gonorrhöe. Von J. H. Kellog.

Viele fatale Folgezustände der Gonorrhöe müssen direct auf den Gebrauch scharfer Injectionen zurückgeführt werden; andererseits ist es eine Thatsache, dass man auf alle Irritantien verzichten kann. Ueberaus befriedigende Resultate lassen sich mit einer 1%-igen Kochsalzlösung erreichen. Man kocht die Lösung 20 Minuten, dann lässt man sie auf 38° C. auskühlen und macht die Injection; vorsichtig kann man die Temperatur auf 48° C. und noch höher steigern, soweit sie eben noch erträglich bleibt. Es ist allerdings klar, dass selbst Temperaturen von 60° C. den Gonococcus nicht direct tödten, wohl aber kann man damit die Schleimhaut reinigen und die Circulation in den Geweben und damit die vitale Resistenz derselben anfachen. — (Moderne médecine. 1901, Nr. 8.) B.

Chirurgie.

Klinische Erfahrungen über das Vioform. Von Dr. Schmieden.
Auf der Klinik des Prof. Schede wurden seit 1½ Jahren Versuche mit dem Vioform (Jodchloroxychinolin) angestellt, welche ergaben, dass das Vioform im Stande ist, das Jodoform in der Wundbehandlung vollständig zu ersetzen. Das Vioform wirkt in hohem Grade antibacteriell, speciell antituberculös, verursacht keine Vergiftungserscheinungen und keine Ekzeme und kann, ohne sich zu zersetzen, sterilisirt werden. Dem Jodoform gegenüber hat das Vioform den grossen Vortheil, fast geruchlos zu sein, ausserdem regt es zu Granulationsbildung an und wirkt austrocknend und blutstillend. Das Präparat wurde sowohl als Streupulver, als auch als Vioformgaze verwendet. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 61, H. 5 u. 6.)

Weg mit der Taxis. Von Prof. Otto Lanz.
Vf. hat in der letzten Zeit eine Reihe von Fällen beobachtet, bei welchen er sicher annehmen kann, dass die Taxis an dem unglücklichen Ausgang der Incarceration Schuld sei. Vf. ist der Ansicht, dass die schweren Schädigungen der Darmwand, die man gewöhnlich der straffen Incarceration zuschreibt, in der Malträtirung der Schlinge während der Taxis ihre Ursache haben. Die Taxis sei daran Schuld, dass zu einer Zeit, wo die Radicaloperation ein fast gefahrloser Eingriff sei, die Herniotomie noch eine so hohe Mortalität aufweise.

Ausser der Quetschung der Darmschlingen ist noch ein zweiter übler Zufall bei der Taxis möglich, nämlich die Reposition en masse und, wie zwei vom Vf. beobachtete Fälle beweisen, ist eine solche auch ohne jede Gewaltanwendung möglich. In einem Falle hat der Patient selbst ohne Anstrengung die Hernie reponirt, wie er gewohnt war, dies täglich zu thun, und trotzdem hörten die Erscheinungen der Incarceration nicht auf; bei der vom Vf. vorgenommenen Operation fand sich anstatt des angenommenen Ileus (infolge Torsion) eine Reposition en masse hinter dem Blasenscheitel.

Vf. hat auch Fälle beobachtet, in welchen, trotz gelungener Taxis, der Collaps des Patienten zunahm und eine Peritonitis eintrat, als deren Ursache die Reposition einer in ihrer Structur bereits arg geschädigten oder vielleicht schon sogar gangränösen Darmschlinge anzunehmen war. In Anbetracht dieser üblen Zufälle, die

Vf. im Anschlusse an die Taxis beobachtete, drängt es ihn, die Frage aufzurollen, ob denn wirklich bei der gegenwärtigen Entwicklung der chirurgischen Technik, bei der Sicherheit unserer aseptischen Wundbehandlung, die Taxis zur Zeit noch einen dem Stande des ärztlichen Wissens und medicinischer Erkenntniss entsprechenden Eingriff darstelle. Ob nicht vielmehr der sichere und einzig richtige Weg bei jeder Incarceration, zu welcher ärztliche Kunsthilfe verlangt wird, in der a tempo auszuführenden Herniotomie einzuschlagen sei.

Natürlich wird man in der Privatpraxis nicht so leicht zur Herniotomie sich entschliessen, wie in einem gut eingerichteten Krankenhause, und es sei auch nicht rathsam, unter schlechten Verhältnissen eine Herniotomie auszuführen, allein heutzutage sind ja gut eingerichtete chirurgische Spitäler und geschulte Chirurgen so reichlich zur Verfügung, dass man den Segen der Operation fast in allen Fällen dem Patienten angedeihen zu lassen in der Lage sein dürfte. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5, 1902.)

Der artificielle Pneumothorax als vorbereitende Operation zur Exstirpation durchgreifender Brustwandtumoren oder Lungentumoren. Von Prof. Dollinger.

Der im Verlaufe der Operation von durchgreifenden Brustwandtumoren entstehende Pneumothorax verursacht schwere Erscheinungen. Um denselben vorzubeugen, hat Vf., einer Anregung Delagénière's folgend, in zwei von ihm operirten Fällen den Pneumothorax einen Tag vor der Operation vermittels eines Einschnittes unter Cocaïnanästhesie erzeugt und auf diese Weise dem Organismus Gelegenheit gegeben, sich an den einseitigen Pneumothorax langsam zu gewöhnen. Die Patienten, welche anfangs eine Steigerung der Athmungsfrequenz zeigten, ertrugen Tags darauf die Narkose ohne jede Beschwerde. Der Pneumothorax heilte dann von selbst ohne Annähung der Lunge. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 3, 1902.)

Erfahrungen über 100 medullare Tropacocaïn-Analgesien. Von Primararzt Dr. Schwarz.

Um die nach der medullaren Cocaïnanästhesirung auftretenden Folgeerscheinungen zu vermindern, hat Vf. seinerzeit auf Grund von Thierversuchen die Anwendung des Tropacocaïns empfohlen. 100 Analgesien, die er an Menschen ausgeführt hat, sind auch zu seiner Zufriedenheit ausgefallen. Als Dosis, bei welcher eine genügende Analgesie bis zum Nabel eintrat, gibt Vf. 0·05—0·06 bei

Erwachsenen an; diese Menge wird in 1 cm^3 Flüssigkeit gelöst, sofort bei Abfluss der ersten Tropfen Cerebrospinalflüssigkeit injicirt; eine nach der Injection für 10—20 Minuten vorgenommene Beckenhochlagerung war gewöhnlich im Stande, die Analgesie auch auf noch höher gelegene Körperpartien auszudehnen. Die üblen Nachwirkungen waren viel leichter und auch weniger nachhaltig, als beim Cocaïn. Die Blässe und die Cyanose waren gewöhnlich nur angedeutet, der Kopfschmerz nur sehr wenig intensiv, Erbrechen trat nur in zwei Fällen auf, die Temperatursteigerungen waren nur gering. Die Patienten konnten oft schon am Tage der Operation aufstehen und ohne jede Beschwerde herumgehen. Da also die Folgeerscheinungen milder Art und nicht beunruhigend waren, zieht Vf. die Rhachitropacocaïnisation jeder Art von Inhalationsnarkose vor. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1902.)

Ueber den Werth der Theorie von der traumatischen Geschwulstgenese und über einen geheilten Fall von centralem Riesenzellensarkom der Tibia. Von Dr. Schmieden.

Es handelte sich um ein 17jähriges, blühend aussehendes Mädchen, das einen Fusstritt in die Gegend des inneren Knöchels erlitt und heftige Schmerzen verspürte; das Gehen war unmöglich. Ein Arzt legte wegen einer angeblichen Fractür einen Gypsverband an, nach dessen Abnahme jedoch das Gehen ebenso schmerzhaft blieb; die Knöchelgegend schwoll immer mehr an, einige Wochen nach der Verletzung konnte ein Tumor constatirt und mittels Röntgen-Strahlen bestätigt werden. Bei der Operation fand man, dass der Tumor überall scharf abgegrenzt war, nirgends auf den Knochen übergriff, und sich aus dem Knochen sehr gut herausschälen liess. Der Tumor wurde mit dem scharfen Löffel gründlich ausgelöffelt und die Höhle mit Gaze tamponirt.

Im Laufe der Nachbehandlung, während welcher die Knochenhöhle sich rasch mit Granulationen füllte und verkleinerte, wurden aus den Granulationsmassen kleine Stückchen excidirt und mikroskopisch untersucht, jedoch stets frei von Sarkomgewebe gefunden.

De mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab, dass es sich um ein Riesenzellensarkom handelte; das Mädchen blieb während der ziemlich langen Beobachtungszeit frei von Recidiv und bei der geringen Malignität der Riesenzellensarkome ist zu hoffen, dass die Recidivfreiheit dauernd bleiben wird.

Dieser Fall zeigt deutlich, dass die Diagnose Sarkom nicht sofort zur Amputation der Extremität berechtigt und dass es von Vortheil ist, die mikroskopische Untersuchung der anlässlich der Excochleation entfernten Stücke abzuwarten und erst bei erwiesener Malignität die Amputation auszuführen; die Amputation muss aber dann ziemlich bald vorgenommen werden, da die Erfahrung lehrt, dass maligne Tumoren, nachdem sie einmal operativ angegriffen, aber nicht gründlich entfernt wurden, sehr rasch weitergreifen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1902.)

Chininum lygosinatum, ein neues Wundbehandlungsmittel. Von Dr. J. Hevesi.

Das vom Vf. seit $1^1/_2$ Jahren verwendete Präparat stellt ein orangegelbes Pulver dar, das sich in Wasser fast gar nicht, in Ligroin ziemlich schwer, in Alkohol, Benzin und Chloroform sehr leicht löst. Das Präparat besitzt einen leichten aromatischen Geruch und einen bitteren Geschmack; es löst sich in siedendem Oel im Verhältniss 5 : 100 und wird auch nach Wochen aus dieser Lösung nicht ausgeschieden.

Das Präparat hat sich als Streupulver bei der ambulatorischen Behandlung von unreinen Wunden, bei jauchenden und gangränösen Geschwüren sehr wirksam erwiesen, indem seine desodorisirenden und antiseptischen Wirkungen in der kürzesten Zeit zur Geltung kamen, die übelriechende Secretion einer gutartigen Eiterung wich und der schmutzig belegte Geschwürsgrund sich in eine lebhaft geröthete Granulationsfläche verwandelte.

Weiters bewährte sich das Chininum lygosinatum, in Pulverform eingerieben oder in 10%iger Glycerinmischung in die Wunde gebracht, in vielen Fällen von Caries der Hand- und Fusswurzelknochen zur Erlangung und Erhaltung der Keimfreiheit; die nach Entfernung des Krankhaften verbliebene Wundhöhle heilte ohne Eiterung.

Ausserdem wurde eine 30%ige Chininum lygosinatum-Gaze benützt und dieselbe hat sich besonders geeignet zur Stillung von parenchymatösen Blutungen gezeigt. Diese Wirkung könnte auf die Anregung der Gefässcontraction oder auf Förderung der Blutcoagulation zurückgeführt werden. Selbst bei Verwendung grösserer Mengen von Pulver und Gaze wurden weder allgemeine Giftwirkungen, noch locale Reizerscheinungen beobachtet. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 1, 1902.)

Die perorale Intubation. Von Dr. Franz Kuhn.

Unter peroraler Intubation versteht Vf. eine Tubage der Luftwege, die den Zweck erfüllen soll, die Mundhöhle gleichsam für die Athmung zu überbrücken und die Luftröhre oder den Kehlkopf in unmittelbare Verbindung mit der Aussenluft und der Aussenseite des Körpers zu bringen. Diese Verbindung soll ohne Eröffnung der Trachea, nur durch Herausführen eines Metallrohres von den Luftwegen aus dem Munde erreicht werden. Mittels einer solchen Tube könnte man dem Patienten während der Narkose Luft, u. zw. in jedem Falle und unter allen Umständen und in beliebiger Menge zuführen.

Als Tube dient ein Metallschlauchrohr, das vermittels eines Führungsstabes in den Kehlkopf eingeführt wird; an dem aus dem Munde herausragenden Ende besitzt der Schlauch eine Art Schild, das im Mundwinkel vermittels einer um den Kopf geführten Gummischnur befestigt wird. Die Technik ist derjenigen der gewöhnlichen Intubation ähnlich und bietet keine besonderen Schwierigkeiten. Beim Einschieben der Tube in den Larynx tritt, wenn die Narkose noch nicht tief genug ist, etwas Hustenreiz, selbst leichte Suffocation und stärkere Secretion der Trachea ein; es tritt jedoch bald Toleranz ein. Für die perorale Intubation stellt Vf. folgende Indicationen auf: 1. bei Struma und Strumektomien erspart die Tubage bei Compression der Trachea die Tracheotomie und ermöglicht, dass man in jedem Augenblick dem Patienten genügend Luft zuführt und so die Narkose ungestört zu Ende führt. 2. Die perorale Tubage erspart die Operation am hängenden Kopf, indem das im Kehlkopf liegende Rohr eine Aspiration unmöglich macht, und um das Rohr eine Art Tamponade des hinteren Rachens anzubringen ist. 3. Endlich gelingt es vermittels dieser Art der Tubage, bei der täglichen Narkose die Luftwege offen und zugänglich zu halten, selbst ohne Vorziehen der Zunge und ohne Halten des Kiefers. Ein eventueller Glottiskrampf ist leicht und ganz zu beheben, selbst ein directes Einblasen von Luft durch die Canüle möglich und ist bei eingetretener Asphyxie das einfachste Verfahren. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 52, 1901.)

Trachealknorpeldefect und Silberdrahtnetzdeckung. Von Dr. Grosse.

Mit der seinerzeit von Witzel und Göppel angegebenen Methode von Deckung von Defecten mit Netzen aus Silberdraht hat Vf. einen schönen Erfolg erzielt. Es handelte sich um ein

12 jähriges Mädchen, welches 9 Jahre früher tracheotomirt wurde und das infolge eines Defectes der Trachea, welcher sich über 3—4 Ringe erstreckte, an heftiger, immer zunehmender Dyspnöe litt, so dass es nur noch in einem Halbschlaf von 5—10 Minuten Dauer liegen konnte, während bei tiefem Schlaf sofort die schwerste Dyspnöe sich einstellte. Die häutigen Theile klappten beim tiefen Athemzuge ein und erzeugten so die Dyspnöe.

Vf. hat nun die Trachea blossgelegt, vorne und seitlich isolirt und ein ziemlich starkes Drahtgeflecht (2 × 3 cm) halbrinnenförmig gebogen, um die schlaff zusammenklappende Trachealstelle extramucös herumgelegt und befestigt. Auf diese Weise wurde die Trachea durch das Drahtgeflecht auseinander gezogen, die Dyspnöe hörte sofort auf. Das Drahtgeflecht heilte anstandslos ein, obwohl fast die ganze Operation ohne jede Antisepsis vorgenommen werden musste, da das Kind beim Niederlegen dyspnöisch wurde und für die Desinfection daher keine Zeit übrig blieb. Sofort nach der Operation wurde der Schlaf ein ungestörter und auch die Dyspnöe kehrte nicht wieder. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 45, 1901.)

Augenheilkunde.

Ueber die eitrige Augenentzündung der Neugeborenen. Von Prof. Silex.

Vf. vertritt den Standpunkt, dass nicht jede Blennorrhoe neonatorum durch Gonokokken bedingt ist, dass vielmehr auch andere Mikroorganismen das klinische Bild der Blennorrhoe neonatorum hervorrufen können und empfiehlt den Eltern zu sagen: „dass es sich um die Eiterung der Neugeborenen handelt, die eine sorgsame Behandlung nöthig macht und die in verschieden langer Zeit mit allergrösster Wahrscheinlichkeit ohne Schädigung der Augen zur Ausheilung kommt.“ Quoad therapiam ist das Hauptgewicht auf die Prophylaxe zu legen: jeder Neugeborene soll credéisirt werden, id est einen Tropfen einer 2%igen Argent. nitr.-Lösung in jedes Auge instillirt bekommen; tritt trotzdem die Augenentzündung auf, dann mache man ausgiebigsten Gebrauch von Spülbehandlung mit Sublimat (1:10000) oder Argent. nitr. (1:1000) oder Hydrargyr. oxycyanatum (1:1000) 6—10mal pro Tag, lässt die Eiterung nicht nach, dann instillire man 6mal täglich eine 10%ige Protargollösung und geht es mit der Secretion trotz-

dem nicht nach Wunsch, dann Pinselung mit 2%iger Argent. nitr.-Lösung. Vorhandene Mitaffection der Cornea contraindicirt die Pinselungen durchaus nicht, so lange keine Gefahr der Perforation besteht. Bei vorhandener Cornealaffection Atropin, bei peripherem Sitz derselben Eserin 1%. Von Eisumschlägen hält S. wenig und hält sie bei vorhandener Cornealaffection direct contraindicirt, da durch die Kälte die Ernährung der Hornhaut Schaden erleidet. — (Die Heilkunde, H. 1, 1902.) Dr. Jänner.

Cuprol, ein neues Mittel zur Behandlung der Bindehautentzündung. Von Docent v. Sicherer.

Das von Dr. Schwickerath (Bonn) hergestellte Cuprol stellt eine organische Verbindung des Kupfers mit Nucleïnsäure dar und enthält etwa 6% Kupfer; im heissen Wasser ist es leicht löslich, mit eiweisshaltigen Flüssigkeiten klar mischbar; auch Alkalien rufen keine Fällung hervor. Am besten verwendet man eine 10%ige Lösung, welcher man $^1/_2$% Chloreton (eine chemische Verbindung von Chloroform und Aceton) hinzusetzt.

Das Cuprol verursacht in dieser Lösung entweder gar keine oder nur ganz minimale Schmerzen und reizt die Gewebe nur sehr wenig; es ist das Cuprol noch milder als das Cupragol und wurde vom Autor mit sehr gutem Erfolge bei acuter und namentlich chronischer Conjunctivitis catarrhalis und von Dr. Snell auch bei Trachom angewendet.

Für gewöhnlich wurde eine 10%ige Lösung täglich eingeträufelt, in hartnäckigen Fällen streut man das Cuprolpulver mit einem Pinsel in den Bindehautsack. — (Die ophthalmolog. Klinik, 5. Jahrg., H. 23.) Dr. Jänner.

Jodipin in der Augenheilkunde. Von Dr. v. Hymmen.

Das Jodipin, eine Verbindung von Jod mit Sesamöl, hat den Vorzug, den Magen unverändert zu verlassen und erst durch die Verdauungsfermente des Darmes zerlegt und in den Organismus aufgenommen zu werden; es wird in den Fettdepots abgelagert und von hier aus fortwährend in kleinsten Mengen den einzelnen Organtheilen zugeführt. Seine Heilwirkung liegt in der protrahirten Jodausscheidung und im Fehlen (?) der Erscheinungen von Jodismus. Es wurden innerlich 10% und subcutan 25% dargereicht. Bei der subcutanen Injection wurden 10—15 cm^3 pro dosi jeden zweiten bis dritten Tag in der Gegend zwischen die Schulterblätter injicirt. Mit gutem Erfolge wurde es verwendet:

1. bei hartnäckiger Conj. scrophulosa — nach mehrwöchentlicher interner Behandlung trat Besserung des Allgemeinzustandes, Verkleinerung der Drüsen und Heilung des Augenleidens ein;

2. bei Keratitis parenchymatosa auf constitutioneller Lues;

3. bei chronisch entzündlichen Processen der Uvea, welche nicht mit diffusen Glaskörpertrübungen einhergingen, und bei den Glaskörpertrübungen infolge hoher Myopie;

4. bei einem Falle von Skleritis profunda wurde dauernde Heilung erzielt, nachdem alle anderen Massnahmen im Stiche gelassen haben;

5. bei einem Falle inveterirter Abducensparese.

Der Autor glaubt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse berechtigt zu sein, das Jodipin sei überall dort indicirt, wo Curen mit Jodalkalien erfolglos oder undurchführbar sind, und sind es speciell chronische Fälle, bei denen eine langdauernde Jodwirkung nöthig erscheint. — (Die ophthalmolog. Klinik, 5. Jahrg., H. 24.) Dr. Jänner.

Vergleichende Studien zwischen natürlichem und auf künstlichem Wege hergestelltem Cocaïn. Von Carmelo Lazzaro und Vincenzo Traina.

Das Cocaïn zeigt oft Wirkungen, die unangenehm sind und die bei verschiedenen Präparaten anders sind, u. zw. je nachdem aus welcher Fabrik sie stammen oder dass sie stets regelmässig, wie eine Kranke angab, vorhanden waren, wenn das Präparat ein künstlich hergestelltes war.

Vf. machten daher vergleichende Studien über die Wirkung des Cocaïns, das aus den Blättern stammte und über das Cocaïn, das auf synthetischem Wege hergestellt wurde. Die Untersuchungen wurden nur an Warmblütern und speciell am Menschen vorgenommen. Beobachtet wurden hiebei die Allgemeinwirkungen, Analgesie, Respiration, Circulation und Temperatur. Im Allgemeinen war das Resultat der Untersuchung, dass Beide chemisch dieselben Körper seien, ferner dass sie sowohl bei Thieren als Menschen dieselben Wirkungen zeigen und dass daher das künstliche Cocaïn ohne Bedenken in der ärztlichen Praxis Verwendung finden kann. (Nach einem Referate in der Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges Nr. 9; aus La clinica oculistica.)

Ohrenheilkunde.

Meniére'scher Symptomencomplex, geheilt mittels galvanischen Stromes. Von Dr. Julius Donath.

Die praktische Wichtigkeit und das pathologische Interesse dieses Gegenstandes, besonders aber die durch jeden praktischen Arzt leicht erreichbaren Heilerfolge veranlassen den Autor, zwei derartige Fälle zu publiciren. Bei dem ersten Kranken wurden wegen Schwindelanfällen schwerster Art die verschiedensten otiatrischen Behandlungsmethoden durch längere Zeit, jedoch ohne Erfolg, angewendet. Auf Galvanisation der Nervi acustici hörten die Schwindelanfälle schon nach der zweiten Sitzung auf; nach kurzer Zeit wurde vollständige Heilung erzielt und das Individuum wieder arbeitsfähig gemacht. Bei dem zweiten Kranken schritt D. mit Vermeidung jeder anderweitigen otiatrischen Behandlung sofort zur Galvanisation der Hörnerven oder, besser gesagt, des Nervus octavus mit seinen cochlearen und ampullären Endigungen: Kathode von 72 cm^2 auf den Nacken, die scheibenförmige Anode von 5 cm Durchmesser je 5 Minuten lang auf den einen und den anderen Tragus mit 2—5 Milliampère Stromstärke. Die Galvanisation soll hier von wunderbarer Wirkung gewesen sein, denn der Schwindel, welcher früher täglich auftrat, hörte von der ersten Sitzung ab gänzlich auf. Die prompte Wirkung des galvanischen Stromes in diesen Fällen macht es wahrscheinlich, dass es sich hier um Kreislaufstörungen oder Exsudationen gehandelt hat. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1901.) Dr. Singer.

Die Behandlung des chronischen trockenen Mittelohrkatarrhs durch Sitzungen in der pneumatischen Kammer. Von Dr. Hamm, Specialarzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten in Braunschweig.

Der chronische Mittelohrkatarrh, die Sklerose des Mittelohrs ist von jeher eine crux medicorum gewesen. Es hat nicht an Bemühungen gefehlt, die durch die Krankheit verursachten Beschwerden zur Heilung zu bringen. Neuerdings hat man sich mit Vorliebe der Trommelfellmassage zugewandt, nachdem die medicamentöse und chirurgische Therapie vollständig im Stiche gelassen hat. Die Ursachen des Misserfolges der bisherigen derartigen Behandlungsmethoden haben nach des Autors Meinung ihren Hauptgrund in

der zu schwachen mechanischen Einwirkung. Der angewandte Druck müsse stärker sein. Die Dauer des jedesmaligen Druckes müsse verlängert werden, da mit den kurz dauernden Druckstössen der Massage nichts erreicht worden ist. Der Druck muss langsam ansteigen, da die öfter zu beobachtende Schmerzhaftigkeit der Massage wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass Druckerhöhung und Drucknachlass zu schnell aufeinander folgen und so acute Zerrungen eintreten. Ein solches „Instrument", das diese Vorzüge aufzuweisen hat, ist die pneumatische Kammer. Dr. Hamm berichtet über seine Erfahrung an acht Patienten, die er lediglich mit Luftdruck behandelt hat. Eine vorübergehende Besserung zeigte sich in allen Fällen. Irgendwelche nachtheilige Folgen sind nicht zur Beobachtung gekommen, lassen sich auch jedenfalls bei vorsichtigem Ansteigen und Abnehmen des Luftdruckes vermeiden. Die Dauer der Sitzung betrug $1^1/_2$ Stunden, von denen 25 Minuten auf das Ansteigen und 40 Minuten auf das Heruntergehen verwendet wurden. Ein grosser Vorzug des Verfahrens ist, dass es auch bei grossen Perforationen oder Fehlen des Trommelfelles angewendet werden kann. Vielleicht wird sich nach Radicaloperationen, wenn die Eiterung beseitigt und noch ein Rest Gehörvermögen vorhanden ist, eine Luftdruckbehandlung empfehlen. Jedenfalls sei das pneumatische Cabinet den bisherigen Methoden überlegen, da es in mehreren Fällen geholfen hat, wo jene versagten. Die Dauer einer Cur schwankt zwischen 25 und 40 Sitzungen. Anfänglich hat H. die Patienten unter einem Ueberdrucke von $^1/_2$, später $^1/_1$ und zeitweilig $1^1/_2$ Atmosphären sitzen lassen, am günstigsten scheint 1 Atmosphäre zu wirken. Es scheint, als ob in den dauernd beeinflussten Fällen noch eine günstige Nachwirkung eintritt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5, 1902.) Dr. Singer.

Dermatologie und Syphilis.

Acuter Jodismus unter dem Bilde einer mumpsähnlichen Erkrankung. Von Dr. K. Fürth.

Bekanntlich erkranken die Respirationswege, sodann die Haut und die Verdauungswege am häufigsten an den Folgen des Jodgebrauches. Die Affection der Speicheldrüsen nach Jodgebrauch ist eine seltene Erscheinung. Im vorliegenden Falle kam es zu einer starken Schwellung der Unterkieferdrüsen, zu einer Erschwerung

des Sprechens, zu hohem Fieber und Kopfschmerzen. Die genommene Dosis betrug 0·5 Jodnatrium per Tag und hatte die Kranke das Mittel durch drei Wochen ohne Anstand genommen. Nach Aussetzen des Mittels gingen die Erscheinungen wieder zurück. Als die Kranke nach drei Wochen wieder einen Löffel der Jodmedicin zu sich nahm, begann dasselbe Bild des Jodismus, wie vor drei Wochen, nur in schwächerem Masse. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 45, 1901.) Horovitz.

Behandlung der Furunculose. Von Dr. Arning.

Das Wesen der von A. in Anwendung gezogenen Methode besteht in der Zerstörung des Furunkelherdes mittels des Glüheisens: Ein spitzer Paquelinbrenner wird in den Herd eingestossen und sofort hervorgezogen. Ist der Herd grösser, so werden mehrere Stiche applicirt. Der Effect ist ein sofortiges Nachlassen der Schmerzen und eine schnelle Reinigung der Wunde. Sowohl der Herd als die Umgebung werden mit 2%igem Salicylspiritus abgetupft und mit einer Zinkpaste bestrichen, der Schwefel und Kampher 1% und Borsäure 8% incorporirt ist. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1901, Nr. 7.) Horovitz.

Casuistische Beiträge. Von Dr. A. Notthaft Freih. von Weissenthein.

Wir heben die Erfahrungen des Vfs. mit dem von Joseph eingeführten Bromocoll hervor. Wie bekannt, lobt Joseph die juckreizstillende Wirkung der 10—20%igen Bromocollsalbe; Vf. bestätigt diesen Effect schon nach einmaliger Application des Mittels, wobei noch ganz besonders angemerkt werden muss, dass es eine Bromocoll-Theer-Zink-Amylum-Paste war. — In einem zweiten Falle von Ekzema scroti kam es nach Anwendung einer 20%igen Bromocollsalbe ohne jeden Theerzusatz zu einem toxischen, sehr ausgebreiteten Ekzeme, zu einem Ergriffensein nicht nur der angrenzenden, sondern auch entfernter Stellen. — (Dermatol. Centralbl. 1901, Nr. 3.) Horovitz.

Fortschritte auf dem Gebiete der Finsen'schen Lupusbehandlung. Von Dr. Kattenbracker.

Die Anwendung der chemischen Lichtstrahlen geschieht in der Weise, dass man das Sonnenlicht oder elektrisches Bogenlicht durch starke Sammellinsen concentrirt und durch Wasserkühler auf die kranke Stelle leitet, welche gleichzeitig durch Druckgläser von Bergkrystall blutleer gemacht wird, um ein tieferes Eindringen

der Lichtstrahlen in das Gewebe zu ermöglichen. Die Behandlung ist völlig schmerzlos, da die Wärmestrahlen nahezu ganz absorbirt werden und die bactericide Eigenschaft nur den blauen, violetten und ultravioletten Strahlen zukommt. Doch haften dieser sonst so vorzüglichen Behandlungsart folgende Uebelstände an: die hohen Gestehungskosten eines solchen Instrumentariums (3—4000 Mk.); ferner ein grosses, gut geschultes Personale, um durch kundige Hand das Druckglas anpressen zu lassen; ferner erfordert eine Sitzung eine Stunde Zeit. Da das Sonenlicht nicht immer zu beschaffen ist, so wurden starke Bogenlampen von circa 80 A. in Anwendung gezogen; allein der grösste Theil der Strahlen einer solchen Lampe besteht aus Wärmestrahlen und enthält nur wenige chemisch wirksame Strahlen. Es kam darauf an, eine Lichtquelle zu finden, die reich an chemisch wirksamen und arm an Wärmestrahlen ist. Eine solche Lampe wurde vom Ingenieur Kjeldsen in der Eisen-Elektrodenlampe gefunden. Diese Eisenelektroden sind hohl und mit Wasserkühlung versehen. Mit solchen Lampen werden in 3 Minuten solche Erfolge erzielt, wie früher in einer Stunde. Eine solche Lampe — unter dem Namen „Dermo" in den Handel gebracht — braucht nur 5 A. Die Bergkrystallplatte wird durch eine die Lichtaustrittöffnung verschliessende Scheibe von Bergkrystall ersetzt und direct der Haut aufgesetzt. Da die Kosten einer solchen Lampe nur $^1/_{10}$ der früheren ausmachen, so kann jeder Arzt sich ein solches Instrument anschaffen. Auch die bacteriologischen Untersuchungen sind sehr ermuthigend ausgefallen. — (Allg. Wien. med. Ztg. 1902, Nr. 3.) Horovitz.

Mundreinigung und Quecksilbercuren. Von Dr. Subirana.

S. spricht die Ueberzeugung aus, dass die gewöhnliche Vorstellung einer Quecksilberstomatitis falsch ist; dass das Quecksilber von der Mundschleimhaut und den Speicheldrüsen nur in geringen Mengen ausgeschieden wird und damit eine geringfügige Aenderung der Speichelzusammensetzung bewirkt. Es kommt damit nur zu einer Vulnerabilität der Mundschleimhaut und erst die Bacterienwirkung im Munde führt zu den bekannten Veränderungen, die man Quecksilberstomatitis nennt. Daher die erste Bedingung bei und vor jeder Quecksilbercur die exacte Mundpflege ist; schlechte Zähne müssen richtig behandelt, resp. vorbehandelt, die Mundreinigung muss peinlich genau durchgeführt werden. — (Revista espanola de Sifiliografia y Dermatologia; Centralbl. f. Dermatol. 1902, Nr. 4.) Horovitz.

Die Behandlung tief sitzender, hartnäckiger Folliculitiden. Von Edward Bennet Bronson.

Da, wo die Oberflächenbehandlung der Akne sich erfolglos erweist, wo man vielmehr die einzelnen Knötchen und Abscesse eröffnen und gründlich entleeren muss, empfiehlt B. die Anwendung des Trikresols; eine Mischung von Orto-, Meta- und Parakresol. Diese Lösung wird in die erkrankten Höhlen mittels dünner Tupfer eingeführt oder da, wo die Höhlen eng sind, mittels Stiften hineingebracht. Gegen die Hyperämie und Hypersecretion erweist sich Resorcin-Gelanthum als Schälmittel sehr nützlich. — Journ. of Cutan. and Genito-Urin. Dis. 1901; Dermatol. Centralbl. Nr. 3, 1901.) Horovitz.

Experimentelle Untersuchungen über die Quecksilberresorption bei der Schmiercur. Von Dr. F. Juliusberg.

Die in die Haut verriebene Salbe gelangt zum grössten Theile durch die Lunge in den Kreislauf; ein geringer Theil dieser verriebenen Salbe wird durch die Haut aufgenommen, und zwar in Form eines Salzes. So grosse Mengen Quecksilbers auch verdunsten, so wird doch nur eine minime Menge desselben durch die Haut aufgenommen. — (Arch. f. Dermatol. u. Syph. 1901, Bd. 56.) Horovitz.

Histologie der nach Kalomelinjectionen auftretenden Indurationen. Von Chr. Audry.

Ein an Lungentuberculose verstorbener Mann hat vor drei Jahren Kalomelinjectionen intramusculär erhalten. Die im Anschluss an die Injectionen auftretenden Verhärtungen hatten noch nach drei Jahren deutliche Zeichen einer abgelaufenen Myositis interstitialis erkennen lassen. Der Entzündungsprocess führte zu einer intensiven Bindegewebsneubildung, die von dem Zwischenfasergewebe des Muskels ausging. — (Journ. des malad. cutan. et syphil., Juni 1901.) Horovitz.

Zur Symptomatologie der Angina mercurialis. Von Dr. Lanz.

Infolge Quecksilbergebrauches kommt es zu einer Angina mercurialis, die mit Stomatitis mercurialis nicht complicirt sein muss. Der Entzündungsprocess beschränkt sich auf die von den Gaumenbögen bedeckten Theile der Tonsillen, ohne jedoch immer beide Hälften zu ergreifen. Der Process setzt mit Fieber ein und strahlen die Schmerzen nach Schläfe und Ohr aus; ferner

besteht Schluckschmerz und die Entzündung bleibt oberflächlich, in selteneren Fällen kommt es zu tieferen Geschwüren. Stellen, die mechanischen Insulten, wie Druck und Reibung, ausgesetzt sind, werden von der Quecksilberentzündung ergriffen. Stets wirken Bacterien mit. — (Klin. russ. Journ.; nach Dermatol. Centralbl. Nr. 2, 1901.) Horovitz.

Therapeutische Studien über Ulcus molle. Von Dr. Magnus Möller und Dr. K. Müllern-Aspegen.

Jodoformogen ist dem Jodoform gleichzustellen und viel wirksamer als Europhen. Nosophen, Tannoform, Dermatol und Xeroform sind daher so gut wie überflüssig, da sie den erstgenannten drei Mitteln gegenüber nicht den Vergleich aushalten. Wenn der Jodoformogenbehandlung noch die Hitzebestrahlung nach Audry vorausgeht, dann geht die Heilung des Ulcus molle sehr schnell vor sich. — (Festschr. f. Moriz Kaposi.)

Horovitz.

Hautveränderungen, hervorgerufen durch Arsen-Biervergiftung. Von H. G. Brooke, Frank und H. Barendt.

Infolge des Genusses von mit Arsen vergiftetem Bier kam es zu Hautveränderungen, die entweder acut oder chronisch verliefen. Die Hautdecke der Hände und Füsse schwoll an, röthete sich und verursachte Schmerzen; ferner war Taubsein, Kribbeln und Hyperästhesie in den ergriffenen Theilen zu constatiren (Erythromelalgie). In einzelnen Fällen war der Körper von einem scharlachähnlichen oder erythematösen Exanthem bedeckt. Selten war Urticaria, Herpes zoster nur zweimal und Hyperidrosis war oft zu sehen, ebenso war symmetrisches Ergriffensein der Haut der Flachhand und Fusssohle zu gewahren. Sehr charakteristisch waren die hochrothen bis lividen, über Unterschenkel und oft den übrigen Körper zerstreuten Plaques. Dabei war noch oft Stechen im Halse, Conjunctivalinjection und Photophobie zu constatiren. Die chronische Form geht mit Ernährungsstörungen, Hyperkeratisation, Desquamation, Pigmentation, Atrophie der Haut, ferner mit Knochenverdickung und Fettdegeneration der Muskeln einher. — (Brit. Journ. of Dermat. Nr. 4, 1901.) Horovitz.

Kinderheilkunde.

Ueber chirurgische Eingriffe bei Deformationen nach Kinderlähmung, im Besonderen über Indicationen zur Osteotomie. Von Dr. Delanglade.

Wenn die Deformationen nach Kinderlähmung nur eine Extremität betreffen, so sind dieselben prognostisch günstiger, es genügt oft eine einfache Tenotomie, um das zur Function nöthige Muskelgleichgewicht herzustellen. Bei complexeren Formen führen grössere Eingriffe, wie Arthrodese gegen Lähmung aller Muskel und Schlottergelenke, Sehnenanastomosen, wenn antagonistische Muskelgruppen gegenüber den gelähmten Muskelsträngen eine fehlerhafte Stellung verursachen, zum Ziele.

Die versuchte Arthrodese gelingt aber nur in seltenen Fällen. Wie das Zurückbleiben gelähmter Extremitäten im Längen- und Dickenwachsthum, wie weiters radiographische Aufnahmen zeigen, ist die Activität des Knochenmarkes herabgesetzt, es fehlt an genügender Wachsthumsenergie, um die Verknöcherung zustande zu bringen. Das hat Autor bei einem zehnjährigen Mädchen deutlich gesehen, wo trotz aller Vorsichtsmassregeln und Verknöcherungsreize die Arthrodese im Hüftgelenk ausblieb. Nothwendig erweist sich jedenfalls bei Vornahme der Arthrodese:

1. eine lange Immobilisation der aneinandergebrachten Knochenflächen;

2. das Bestreben, die Knochenflächen möglichst plan und aneinanderpassend zu gestalten;

3. Einkeilung oder Knochennaht. Erstere scheint, trotz der anscheinend günstigen Wirkung der Silberfäden, der Knochennaht überlegen. Jedenfalls erweisen sich Alter des Kindes, Grad der Lähmung und radiographische Untersuchung als immer erwägenswerthe Momente.

Die Methode der Sehnenanastomosen und Sehnentransplantationen hat bisher nicht die gebührende Würdigung gefunden. Die Transplantation eines Muskels liefert die schliessliche Function desjenigen Muskels, an den er fixirt worden war. So liess sich oft eine paralytische Valgusstellung des Fusses beheben. Wenn knöcherne Deformationen bestehen, wenn Muskeln, denen man Functionsfähigkeit zugeschrieben hatte, sich nachträglich als paralytisch erweisen, ist es wohl evident, dass die Transplan-

tation erfolglos bleiben wird. Oft erweisen sich nachträgliche Correctionen, neuerliche Sehnenoperationen und Bänderdurchtrennungen nöthig, wie ein Beispiel des Autors zeigt.

Wenn es sich um eine Arthrodese oder Sehnentransplantation handelt, ist die Kenntniss aller Factoren und der Ausschluss anderer Läsionen in anderen Segmenten unbedingt erforderlich. So fand sich nach Operation eines Equino varus (Exstirpation des Sprungbeines und Achillotenotomie) eine überraschende hinkende Gangart. Eine genauere Untersuchung liess nun die Gesässmusculatur der anderen Seite als leicht paretisch erkennen. Elektrische Behandlung heilte endlich den Zustand vollends.

Wenn die atrophischen Läsionen beide Extremitäten gleichzeitig und schwer und in allen ihren Segmenten betreffen, ist die chirurgische Behandlung recht schwierig. Man muss dann successive von Segment zu Segment vorgehen, muss immer den Zustand jeder Höhe der Extremität berücksichtigen und sieht seine Methoden weniger frei gestellt. Jedenfalls wird man oft bezüglich der Arthrodese zurückhaltender sein müssen.

Bei Transplantation der Sehnen ist nicht nur der zu wählende Muskel, sondern auch das Gleichgewicht der antagonistischen Muskelkräfte zu berücksichtigen. Das gilt auch für Osteotomien. — (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Bd. 18.)

Hämoglobinurie infolge Verordnung von Antipyrin bei Chorea. Von L. G. Simon und Maheu.

Ein neun Jahre altes Mädchen war an schwerer Chorea erkrankt; die typischen uncoordinirten Bewegungen waren so intensiv, dass das Kind weder gehen, noch Speisen zum Munde führen konnte; selbst der Versuch, das Bett zu verlassen, misslang. Es bestanden weder Schmerzen noch Lähmungen, noch Erscheinungen seitens des Herzens. In vier Tagen wurden nun 9 g Antipyrin verabfolgt. Einen Tag nach Aussetzen des Mittels zeigte der Urin bei gewöhnlicher Quantität eine orangerothe Färbung, die bei spectroskopischer Untersuchung sich als durch Hämoglobin bedingt erwies. Das Blutserum war lackartig, kirschroth. Fünf Tage später zeigte sich am Körper des Kindes ein Erythem von grossen rothen, nicht elevirten Plaques, das in den folgenden Tagen abblasste. Das Erythem bekräftigte die Diagnose einer Antipyrinvergiftung. Die Hämoglobinurie bestand eine

Woche. Die lackartige Veränderung des Serums persistirte länger. Die gleichzeitig mit der Hämoglobinurie deutlich bestandene Ausscheidung normalen Gallenpigmentes und Urobilins stärkt die Hypothese der Transformation des Hämoglobins im Organismus in normale und abnorme Gallenpigmente und spricht für die Theorie gewisser hämatogener Ikterusformen (I. neonatorum).

Die Autoren wiesen noch auf die Möglichkeit hin, dass auch sonst medicamentöse Antipyrindosen lackartiges Serum und Hämoglobinurie hervorrufen könnten, worauf bisher zu wenig geachtet worden wäre. In vitro erzielten sie durch Einwirkung des Antipyrins auf das Blut Hämolyse, klinisch waren diesbezügliche Untersuchungen negativ. — (Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, Nov. 1901.)

Ueber intensive Blutung nach Entfernung hypertrophischer Tonsillen und adenoider Vegetationen. Von A. C. Getchell.

Die vergrösserten Tonsillen und die adenoiden Vegetationen wurden einem fünf Jahre alten Mädchen unter leichter Aethernarkose in einer Sitzung entfernt. Zur Tonsillotomie wurde die Guillotine verwendet, und nach Stehen der reichlichen Blutung wurden die Adenoiden mittels Zange und Curette entfernt. Der augenblickliche Erfolg schien befriedigend, doch nach zwei Stunden löste die Aethernausea wiederholtes blutiges Erbrechen aus. Trotz spontanen Stillstandes der Blutung stellten sich die Symptome acuter Anämie ein, beschleunigte Herzthätigkeit, Delirien und Unruhe. Subcutane Kochsalzinjectionen brachten Besserung, allmälig erholte sich das Kind und wurde geheilt entlassen.

Autor empfiehlt für die Operation einige Sitzungen und das Absehen von Anästheticis bei sehr jungen Kindern. — (Journal of the American Med. Assoc. Bd. 37.)

Thymusdrüse und Rhachitis. Von Dr. F. Mendel.

Die Thymusdrüse ist ein Organ, welches besonders während der energischsten Wachsthumsperiode des Körpers dem Anbilden der Gewebe und vor Allem des Knochensystems dient. Die Exstirpation der Drüse bei Thieren hat Ausfallserscheinungen zur Folge, die an den Symptomencomplex der menschlichen Rhachitis erinnern. Die Knochenveränderungen, welche an der Brustdrüse beraubten Thieren nachgewiesen wurden, sind zwar mit denen des rhachitischen Skelets nicht zu identificiren, sie beweisen aber den Einfluss der gestörten Thymusfunction auf das Knochenwachsthum. Ausser-

dem besteht Anämie, wie wir sie bei rhachitischen Kindern fast nie vermissen, ebenso die profuse Schweisssecretion und Verminderung der CO_2-Perspiration. Mit Rücksicht darauf fühlt sich M. berechtigt, die Behauptung aufzustellen, dass gestörte Thymusfunction und Rhachitis in ursächlichem Zusammenhang stehen. Die Ernährungsstörungen, welche von den meisten Pädiatern als Ursache der Rhachitis angesprochen werden, führen nur deswegen zur Rhachitis, weil sie die innere Secretion der Thymusdrüse beeinträchtigen. Die Milzvergrösserung bei Rhachitikern wäre als vicariirende Hypertrophie zu betrachten. Was die nervösen Symptome der Rhachitis betrifft, beruft sich Autor zu ihrer Erklärung auf die nervösen Störungen bei Kropfkachexie, „zumal die beiden hier in Frage kommenden Krankheiten, die Kropfkachexie und die Rhachitis, mutatis mutandis eine nicht zu verkennende Aehnlichkeit besitzen“ (??). — Einige anatomische Bemerkungen hinzufügend, hält M. nun sich mit Rücksicht auf solche Ausführungen zu therapeutischen Versuchen für berechtigt.

Er hat über 100 rhachitische Kinder anfangs mit frischer Kalbsthymus, später mit Thymustabloids (B. W. u. Co.) behandelt. Die frische Kalbsthymus wurde in einer Menge von soviel Grammen, als das Kind Monate zählte, gegeben. Nebenwirkungen unangenehmer Art wurden nicht beobachtet. Später wurden die Thymustabloids in einem Löffel Milch zerstossen verabreicht und zwar 6—12 pro die, je nach dem Alter.

Trotzdem an der Ernährung und sonstigen Lebensbedingungen möglichst wenig geändert wurde, trat in vielen Fällen eine günstige Einwirkung auf den rhachitischen Process zutage. Insbesonders besserten sich die functionellen Störungen, das Schwitzen, der schlechte Schlaf, der Laryngospasmus besserte sich verhältnissmässig rasch. Die Abnahme des Milztumors und des tympanitisch aufgetriebenen Abdomens fanden besonders das Wohlgefallen des Autors, während seine Begeisterung für die günstige Beeinflussung der Knochenveränderungen weniger emphathische Worte findet.

Die Heilwirkung der Behandlungsmethode erklärt sich M. auf folgende Weise: Die Substitution der inneren Secretion der Thymusdrüse beseitigt zunächst die rhachitischen Symptome und hebt dadurch die Gesammtconstitution: die Besserung dieser aber hat, wie die Physiologie der Thymus lehrt, eine allmälige Restitution der Drüse und damit eine endgiltige Heilung der Rhachitis zur Folge. Wenn specifische Thymuserkrankungen (Syphilis,

Tuberculose) die Ursache der Rhachitis sind, bleibt die Thymusmedication erfolglos. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1902.)

Buttermilch als Säuglingsnahrung. Von Dr. B. Salge.

Die Buttermilch wurde in der Molkerei aus saurem Rahm hergestellt, aus welchem durch den Butterungsprocess das Fett zum grössten Theile entfernt wurde. Sie enthält 2·5—2·7% Eiweiss, 0·5—1·0% Fett und 3·0—3·5% Zucker, an Bacterien weit überwiegend die Erreger der Milchsäuregährung. Sie soll nicht älter als 24 Stunden nach dem Buttern sein. Die im Handel vorräthige sogenannte Buttermilch ist unbrauchbar. Die Nahrung wird pro Liter auf folgende Weise zubereitet: 15 g Weizenmehl werden mit einigen Esslöffeln Buttermilch kalt angerührt, der übrigen Buttermilch zugesetzt und unter Zusatz von 60 g Zucker langsam unter fortwährendem Rühren erhitzt, so dass bis zum ersten Aufwallen der Milch 15—20 Minuten vergehen. Nach weiterem Aufwallen wird sie in vorher sterilisirte Flaschen gefüllt und kalt gestellt. Im Liter sind 714 Calorien enthalten. Die Stühle bei Buttermilchnahrung sind salbenartig homogen, gelb, von geringem Volumen, neutraler oder schwach alkalischer Reaction.

Angeregt durch günstige Ernährungsresultate bei einem verzweifelten Falle von Pyämie wurde die Buttermilch an der Berliner Kinderklinik bei 119 Kindern (allein oder als Beinahrung) versucht und 85mal ein befriedigender Erfolg erzielt. In Fällen von Dyspepsie, schweren Darmstörungen (Enterokatarrhen) und beim Allaitement mixte imponirte oft hauptsächlich das Ansteigen der Gewichtscurve. Fälle von Atrophie reagirten oft besonders gut auf Buttermilchnahrung, wie Krankengeschichten zeigen. Endlich ist interessant, dass die saure Buttermilch mit der alkalischen Malzsuppe nicht nur gut vertragen wird, sondern sich mit dieser Combination ein recht befriedigendes Gedeihen erzielen lässt.

Von den 34 Fällen, in denen die Buttermilch versagte, sind 23 (an Tuberculose, Sepsis oder an Darmaffectionen) gestorben, meist nach Versuchen auch mit anderen Ernährungsmethoden.

Der Preis für Buttermilch stellte sich recht niedrig, ein Liter kam auf 0·15 Mk. Das nachträgliche Befinden der mit Buttermilch ernährten Kinder zeigte keine nachtheiligen Folgen. — (Jahrb. f. Kinderheilk. II. 2, 1902.)

Hygiene und Krankenpflege.

Ueber den Heilwerth der psychischen Beeinflussung in der Behandlung Ohrkranker. Von Dr. G. Brühl.

Wie in jedem Zweige der Medicin, so ist auch in der Ohrenheilkunde die psychische Beeinflussung von grosser Wichtigkeit bei der Behandlung der Kranken; die psychische Behandlung wird je nach Art der Erkrankung in dem Heilplan eine grössere oder kleinere Rolle zu spielen haben — entbehren wird man sie in keinem Falle können. So wird allerdings ein Kranker, welcher infolge einer acuten eitrigen Mittelohrentzündung von furchtbaren Schmerzen gepeinigt ist, durch psychische Beeinflussung seine Schmerzen nicht verlieren; dagegen kann ein Patient, welcher an hysterischer Schwerhörigkeit und Ohrensausen leidet, schon allein durch eine geeignete psychische Behandlung geheilt werden. Da „die Macht des Gemüthes" überhaupt ein wichtiges, unterstützendes Heilmoment darstellt, so ist es für den Arzt eine unentbehrliche Aufgabe, bei allen denjenigen Patienten, welche nicht genügende Willenskraft besitzen, um gegen ihr Krankheitsgefühl erfolgreich anzukämpfen, durch psychische Beeinflussung diese Willensenergie zu erzeugen und zu stählen. Wenn auch der Seelenstarke, wenn er krank ist, sich gern dem psychischen Einflusse des ihn heilenden Arztes hingibt, so ist es doch vor Allem das Heer der Neurastheniker und der Hysterischen, bei welchen die psychische Beeinflussung bei der Behandlung von grossem Werthe ist. Aber nicht nur der Kranke, auch seine Umgebung und besonders seine Pfleger bedürfen des psychischen Einflusses von Seiten des Arztes, damit die Pflege in geeigneter Weise geschieht, und damit nicht die Heilung des Kranken unter der schlechten Gemüthsstimmung der Umgebung leidet.

Um den Kranken überhaupt psychisch beeinflussen zu können, gehört vor Allem, dass sich Arzt wie Patient gegenseitig sympathisch sind. Das gleiche zweckmässige Verfahren wird demjenigen Patienten, welcher Vertrauen zu seinem Arzt hat, schneller Heilung bringen wie dem, welcher das Vertrauen entbehrt. Eitelberg, welcher die Bedeutung der psychischen Beeinflussung als unterstützendes Moment in der Behandlung Ohrkranker zum Gegenstande eigener Studien gemacht hat, betont die Wichtigkeit der psychischen Behandlung bei Ohrkranken und erläutert sie an Beispielen aus seiner Praxis. Vor Allem werden diejenigen Ohrerkran-

kungen nicht ohne psychische Behandlung zur Heilung kommen, welche bei Nervösen auftreten, ferner die so häufig unheilbaren Functionsstörungen des Gehöres. Das Ohrensausen, welches fast immer bei den katarrhalischen Adhäsivprocessen des Mittelohres, bei der Steigbügelankylose, bei Akusticus- und Labyrinthaffectionen die Patienten mehr quält wie die damit verbundene Schwerhörigkeit, wechselt oft in seiner Stärke je nach dem Gemüthszustande, in welchem sich der Patient befindet. Ein geringer Grad von Ohrensausen, welcher durch locale Therapie zu beseitigen wäre, widersteht beispielsweise der Therapie, wenn es dieser nicht auch gelingen würde, eine gleichzeitig bestehende Gemüthsdepression zu beseitigen. Gelingt es nicht, bei Versagen localer Therapie durch psychische Beeinflussung den Gemüthszustand von diesen durch unaufhörliches Ohrensausen gequälten Patienten zu bessern, so ist häufig genug Lebensüberdruss und Selbstmord die Folge. Die psychische Beeinflussung muss also bei diesen Erkrankungen als ein wichtiges, unterstützendes Moment der Localtherapie gelten.

Um den psychischen Einfluss auf Ohrkranke in geeigneter Weise ausüben zu können, bedarf es natürlich Kenntnisse in der Ohrenheilkunde. Wenn beispielsweise Jemand, der infolge eines exsudativen Mittelohrkatarrhs über Schwerhörigkeit klagt, damit vertröstet wird, dass man ihm sagt, „das werde schon mit der Zeit wieder besser werden", indem man ihm dabei kritiklos das Ohr ausspritzt und Borsäure einbläst, so ist das eine psychische Beeinflussung, welche durchaus unzweckmässig ist. Um die psychische Beeinflussung als unterstützendes Moment bei der localen Behandlung Ohrenkranker ausnützen zu können, gehört vor Allem, dass eine genaue Diagnose gestellt wird. Anderseits wird der Arzt in vielen Fällen, auch wenn er über alle diagnostischen und therapeutischen Fertigkeiten verfügt, keine oder nur geringe Erfolge haben, wenn er die psychische Beeinflussung unserer Patienten ausser Acht lässt. — (Die Krankenpflege, Novemb. 1901.)

Kleine Mittheilungen.

Ein Mittel zur Behandlung der Nachtschweisse der Phthisiker. Von Dr. Karl Dohrn. Zur Verwendung kam eine 10%ige flüssige Formalinleinöl- oder Olivenölseife, bei Kindern eine 50%ige Seife. Der ganze Rumpf wurde Abends mit der flüssigen Seife

energisch circa eine Minute lang eingerieben und dabei zugleich eine Massage der Haut ausgeübt. Darauf wird die Seife mit einem feuchten Tuche abgeschäumt und der Körper sorgfältig abgetrocknet. Der Reiz des Formalins, die leichte Massage und die Abreibung mit kühlem Wasser erfrischen den Kranken und sind ihm angenehm. Die Schleimhäute müssen verschont bleiben. Von zwölf Kranken, die täglich Abends eingerieben wurden, setzten bei sieben die Schweisse völlig aus, bei anderen Kranken wurde im Laufe von Wochen ein Nachlassen der Wirksamkeit bemerkt. — (Deutsche med. Wochenschr.; Wien. klin. Wochenschr.)

Lösung und Zerstörung der Harnsäure im Blute Gesunder und Gichtkranker. Von G. Klemperer. Die alte Garrod'sche Theorie erklärt die Entstehung der gichtischen Erkrankung durch die Anhäufung von Harnsäure in den Körpersäften, welche reizend und mortificirend auf die Gewebe wirkt, die nach ihrem Absterben mit Harnsäure imprägnirt werden. Einwandfrei ist diese Behauptung bis jetzt noch nicht bewiesen worden. Infolge dessen ist auch die Therapie, welche die Gicht durch die Beeinflussung der Harnsäure heilen will, noch immer keine allgemein anerkannte. Die Einen geben Mittel, welche die Harnsäure auflösen sollen (Piperazin, Lysidin); nun ist aber nachgewiesen, dass das Blutserum selbst Gichtkranker wesentliche Mengen von Harnsäure aufzulösen im Stande ist. Andere wollen die Bildung der Harnsäure verhindern. Das könnte am besten durch Einschränkung der Fleischnahrung und Verabreichung von Milch, Eiern und Pflanzenkost geschehen. Indessen wird hiefür auch ein Medicament, besonders die Chinasäure, empfohlen, indem diese sich mit dem Glykokoll im Körper verbinden soll. Das Glykokoll soll nämlich die Muttersubstanz der Harnsäure sein, was aber noch immer nicht bewiesen ist. Es ist also hiemit die Wirksamkeit von Medicamenten, wie Chinasäure, in Frage gestellt. Andererseits ist zu bemerken, dass das Gewebe der Organe die Fähigkeit besitzt, Harnsäure zu zerstören, und zwar, wie Klemperer nachweist, auch das Blut selbst. Vf. meint, es sei wohl überflüssig, Versuche zu machen, die Bildung eines schädlichen Stoffes zu verhindern, wenn die Natur selbst die Fähigkeit besitzt, seine Zerstörung in ausgiebigem Masse zu besorgen. — (Ther. d. Gegenw.; Wien. klin. Wochenschr.)

Zur Therapie des Milzbrandes. Von Prof. Fr. Schultze. Mittheilung eines Falles von schwerem Milzbrand, ausgehend von einer kleinen Pustel am linken Auge, wobei im Verlaufe der näch-

sten Tage starke Anschwellung aller Augenlider, ausgebreitetes Oedem, hohes Fieber, heftige Diarrhöen, Athemnoth, Delirien, über fünfmarkstückgrosse Ulceration, Albuminurie und Cylindrurie etc. sich einstellten. An der Geschwürfläche sehr leicht Milzbrandbacterien nachweisbar, dagegen fehlen sie im Auswurfe und im Blute. Die Behandlung bestand in Application von Sublimat-Alkoholumschlägen (Sublimat 1 : 1000 einer 70%igen spirituösen Lösung) auf die ulcerirten Stellen, ferner innerlich während der Fieberzeit Chinin (0·3 g dreistündlich) und gegen den Durchfall 0·3 g Naphthalin, mehrmals täglich. Am achten Tage Entfieberung, Zurückgehen der Schwellungen, Besserung des Allgemeinbefindens, nach sieben Wochen vollkommene Heilung (Transplantation). Schultze vergleicht seine Therapie mit der von Strubell in einem Falle ebenfalls mit günstigem Erfolge geübten Behandlungsweise, welche in Folgendem besteht: Heisses Bad von 30° R., heisse Kataplasmen bis zur Temperatur von 63° C. Tag und Nacht, alle zehn Minuten erneuert, Injectionen von 12 cm^3 einer 3%igen Carbolsäurelösung in die brandigen Partien und ihre Umgebung. In Strubell's Falle (ebenfalls Beginn mit kleiner Pustel am Augenlide) war der Harn ohne Eiweiss, kein Durchfall, keine Rasselgeräusche über den Lungen, dagegen schon am fünften Tage Morgens 37·6°, Tags darauf kein Fieber, Abnahme aller bedrohlichen Symptome. Schon Bramann warnt vor radicaleren Methoden (Excision, Aetzungen etc.) und auch dem Verfasser scheint die Behandlung starker Oedeme mit Blasenbildung und drohender Gangrän durch Längsschnitte, die in das subcutane Gewebe eindringen, nicht ungefährlich zu sein. — (Deutsche med. Wochenschr.; Wien. klin. Wochenschr.)

Ichthyolpinselungen bei Erysipel. Die ganze befallene Hautpartie des Gesichtes und ein ziemlicher Strich der Umgebung — Augenlider und Lippen sind nicht ausgeschlossen — wird ziemlich dick mit reinem, unverdünntem Ichthyol bepinselt und nach kürzerer Zeit mit einer spinngewebe- bis battisttuchdicken Watteschicht bedeckt. Nach dem Antrocknen dieser wird eine stärkere Wattelage über der erkrankten Stelle durch ein cravattenähnlich zusammengelegtes Tuch locker aufgebunden. Männer werden vor der Vornahme der Einpinselung noch einmal rasirt, dann unterbleibt das Rasiren bis zur Wiederherstellung. Nach der Pinselung macht sich sofort eine grosse Erleichterung, namentlich eine Abnahme des quälenden Spannungsgefühles in der Haut bemerkbar.

Eine Erneuerung der Procedur durch nochmaliges Ueberpinseln der festanklebenden, dünnen, unteren Watteschicht am dritten Tage ist nur in seltenen Fällen nothwendig, gewöhnlich bleibt der Process auf die zuerst in Angriff genommene Gegend beschränkt. Die Haut schrumpft zusammen und schält sich im Laufe einer Woche mit der angetrockneten Wattelage unter Hinterlassung einer gesunden, rosig gefärbten Epidermis an der afficirten Stelle ab. Misserfolge oder Complicationen wurden bei 54 zur Behandlung kommenden Fällen nicht beachtet. — (Heilkunde, Zeitschr. f. Krankenpfl.)

Dermosapol-Präparate und die dermatische Therapie der Tuberculose und Scrophulose. Von Dr. Rohden. R. nennt Dermosapol eine überfettete Seifenmasse, die nach besonderem Verfahren hergestellt ist, und deren Vortheil darin besteht, dass sie in ganz besonders günstiger Weise von der Haut resorbirt wird. Dieser Grundmasse werden verschiedene Medicamente beigemengt, wie Jodkali, Perubalsam, Jodeisen, Formalin, Thiokoll etc. Am meisten verwendet R. bei Tuberculose und Scrophulose das Dermosapol Nr. VI, enthaltend 5% Jodkali und 5% Perubalsam. Es werden täglich zweimal 4 g eingerieben, je Morgens und Abends, und zwar Rücken, dann Brust, Bauch, Gesäss und Extremitäten. Die Haut wird durch die Einreibungen nicht gereizt, selbst nach monatelanger Anwendung nicht. R. will mit dieser Behandlungsmethode ganz überraschende Resultate selbst bei vorgeschrittenen Fällen erzielt haben. Daneben kommen auch noch die übrigen, vor allen Dingen hygienische und diätetische Massnahmen in Betracht. — (Deutsche Aerzte-Ztg.)

Zur Behandlung des Malariaanfalles. Von Dr. Regnault. Während das Chinin nur vor dem eigentlichen Fieberanfall wirksam ist, empfiehlt R. als ein vortreffliches Medicament während desselben folgende Jodmischung: Tinct. jodi, Kal. jodat. āā 4·0 Aq. destill. 100·0 D. S. Einen Kaffeelöffel voll in etwas Wasser während des Anfalles, wenn nöthig, nach 15—20 Minuten einen zweiten Kaffeelöffel. Dies Mittel war schon früher von Brivet und Willebrand empfohlen worden, aber in Vergessenheit gerathen. Diese Behandlung, welche sich R. in zahlreichen Fällen beim Militär bewährte, hindert nicht, Chinin zu geben, um am folgenden oder die nächsten Tage dem Anfall zuvorzukommen; nur muss man der Jodmischung genügende Zeit lassen, um zum grossen Theile zu ver-

schwinden, bevor man Chinin gibt, um die chemische Unvereinbarkeit beider Medicamente zu vermeiden. Die Jodmedication ist daher als eine Vervollkommnung des Chinins oder Methylenblaus bei der Malariabehandlung anzusehen, keineswegs als Ersatz derselben. — (Rev. de med.; Münch. med. Wochenschr.)

Ueber Morphin bei Herzfehlern. In einem Aufsatze: „Ueber subacute Herzschwäche im Verlaufe von Herzfehlern, nebst Bemerkungen zur Therapie der Herzkrankheiten", weist Prof. C. A. Ewald darauf hin, dass man nicht selten Herzfehlern begegne, welche zunächst auf Digitalis nicht reagiren, wenn man nicht vorher dem aufgeregten und unruhigen Kranken durch einige Morphiumdosen Ruhe verschafft habe. Meist sind das Fälle, wo starke Athemnoth, Schlaflosigkeit, vielleicht schon Cheyne-Stokes'sche Athmung vorhanden sind. Schafft man hier Schlaf durch eine dreiste subcutane Morphiumgabe, wird die psychische Aufregung gemildert, so findet auch das Herz Zeit und Ruhe, langsamer und mässiger zu schlagen, die Systole wird besser, die Dyspnöe und die anderen Folgeerscheinungen der elenden Herzaction werden herabgemildert, kurz — es tritt oft eine schnelle und ausgiebige Wendung zur Besserung ein. Die Praktiker warten hier meist allzulange mit dem Morphium; es ist in solchen Fällen geradezu unschätzbar, es stärkt den Kranken, wirkt lebensverlängernd, lebensrettend, wenn dies überhaupt möglich ist. So sehr Vf. dieses Gift sonst perhorresciren und das Grosszüchten von Morphinisten tadeln müsste, so betont er dennoch, dass das Morphium bei richtiger Indicationsstellung — und dazu gehören auch die oben erwähnten Formen von Herzfehlern — nicht nur in keiner Weise schädlich, sondern nützlich und eines der kostbarsten Mittel sei, das wir überhaupt besitzen. Ewald berichtet hiebei ausführlich über einen schweren Fall von Mitralinsufficienz mit intercurrenter Myokarditis, in welcher der Kranke drei Vierteljahre unter Morphium gestanden sei, ohne dass die Erscheinungen von Morphinismus eingetreten wären. — (Berl. klin. Wochenschr.; Wien. klin. Wochenschr.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Galegapräparate von Galega officinalis, einer südeuropäischen Papilionacee, werden in Frankreich als Galaktagoga angewendet. Für die Präparate gibt „Journ. de Ch. et de P." folgende Vor-

schriften an: Elixir Galegae: Tinct. Galegae 200, Syr. simpl. 80, Tinct. foenic. 30, S. dreimal täglich ein Liqueurglas voll. — Syrupus Galegae: Extr. Galegae aquos 50, Aq. destill. 50, Syr. simpl. 925, Tinct. Foeniculi 30, S. dreimal täglich ein Liqueurglas voll. — Tinctura Galegae: Extr. Galegae 20, Spir. dil. 30° 200, S. dreimal täglich je ein Esslöffel voll im Fencheltkee nach der Mahlzeit.

Ibogaïn. Von Phisalix und Lambert. Ibogaïn ist ein Alkaloid von Iboga, einer im Congo wachsenden Pflanze. Die Wirkung äussert sich in den Nervencentren, besonders im Gehirn. Bei geringer Dosis leichter Rausch, Belebung der Circulation und Respiration, Erhöhung des Blutdruckes, Diurese vermehrt, Körperwärme steigt um einige Grade. Grössere Dosen erzeugen Hallucinationen und Störungen der Coordination. Bei den stärksten Gaben stockt die Respiration und das Thier stirbt im Collaps. Toxische Dosen von Iboga erzeugen nach Lambert Arhythmie und Stillstand des Herzens in der Systole. Instillationen in die gestreiften Muskeln bewirken deren Verkürzung und Starrheit. Warmblütige Thiere werden nach kleinen Gaben von Schauer, Erregtheit und Convulsionen befallen, sie verlieren das Gleichgewicht und verfallen in Somnolenz. Subcutane Ibogaïninjectionen bewirken locale Anästhesie; eine in das Auge geträufelte 1%ige Lösung setzt die Empfindlichkeit der Cornea herab, erzeugt Congestion der Bindehaut, ist aber ohne Einfluss auf die Pupille. Das Ibogaïn erinnert in der Periode der Vergiftung an das Cocaïn, jedoch ist das Erregungsstadium minder heftig. — (Wiener Klin. Wochenschr.)

Sidonal und Neu-Sidonal. Von Benno Jaffé und Darmstaedter eingeführt. Die „Vereinigten chemischen Werke, Actiengesellschaft in Charlottenburg“ bringen unter dem Namen Neu-Sidonal ein billigeres Chinasäurepräparat in den Handel, welches als inneres Anhydrid der Chinasäure bezeichnet wird. Es ist ein weisses, krystallinisches Pulver von angenehmem Geschmacke und wasserlöslich. Durch verdünnte Säuren und Alkalien, also sowohl im Magen, wie im Darme, im Blute und in den Geweben, geht das Präparat ausserordentlich leicht in Chininsäure über, welche in statu nascendi ganz besonders intensiv wirkt. Das Neu-Sidonal kann demnach als ein Chinasäurederivat bezeichnet werden, das alle Vortheile der Chinasäure, ohne deren Nachtheile in sich vereinigt. Die tägliche Dosis beträgt 2—3 g. Es gelangt auch in Tablettenform in den Handel. — (Ph. Ztg.; Ph. P.)

Als Beruhigungsmittel bei Schmerzen werden verschrieben:

1. Rp. Pulv. archangelic. offic. 10·0
Acetanilidi 1·0
M. f. p. subtilissimus. Divide in dos. aeq. Nr. X. D. S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

2. Rp. Pyramidoni 0·35
Dionini 0·03
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X. D. S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

3. Rp. Antipyrini 1·0
Coffeïn. natriosalicyl. 0·25
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X. D. S. Dreistündlich ein Pulver bis zum Aufhören des Schmerzes zu nehmen.

4. Rp. Anemonini 0·01
Elaeosacch. foenic. 0·09
Sacchari 0·3
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X. D. S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

5. Rp. Cocaïn. phenyl. 0·01
Antifebrini 0·10
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. VI ad chart. japon. D. S. Bei nüchternem Magen ein Pulver zu nehmen.

6. Rp. Cannabini tannic. 0·25
Sacchari 0·5
Glandul. lupuli 0·1
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. V. D. S. Abends ein Pulver in Bier zu nehmen.

7. Rp. Chinin. bihydrobromic. } āā 1·0
Ferr. brom. }
Pulv. et extr. rad. rhei q. sat. ut f. pilul. Nr. XXX. D. S. Dreimal täglich zwei Pillen zu nehmen.

8. Rp. Tinct. valerian. } āā 20·0
Aq. laurocerasi }
D. S. Bei Erregung ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

9. Rp. Acid. valerian. 5·0
D. S. Bei Erregung fünf Tropfen auf Zucker zu nehmen.

10. Rp. Allylii tribromat. 0·3
Dtr. tal. dos. ad caps. gelatin. Nr. X. D. S. Dreimal täglich eine Kapsel zu nehmen.

11. Rp. Citropheni } āā 0·25
Salipyrini }
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. VI. D. S. Bei Schmerz ein Pulver zu nehmen.

Bei Muskelrheumatismus:

Rp. Acid. salicyl. }
Tinct. benzoës } āā 5·0
Ol. terebinth. }
Lanolini 15·0
Ol. Olivar. 25·0
M. f. linimentum. D. S. Schmerzstillende Einreibung.

Bei Kardialgie wird empfohlen:

1. Rp. Antipyrini } āā 8·0
Tinct. nuc. vom. }
Tinct. capsic. 2·0
Tinct. gentian. 120·0
D. S. Bei Magenschmerzen ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Bismuth. sulfocarbol. 0·5
Elaeosacch. chamomill. 0·1
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XV ad chart. japon. D. S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

3. Rp. Ammon. fluor. 1·0
Aq. destill. ad 300·0
D. S. Nach jeder Mahlzeit ein Esslöffel voll zu nehmen.

4. Rp. Erythroli 0·05
Magnes. carbon. 0·20
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X. D. S. Nach jeder Mahlzeit ein Pulver zu nehmen.

5. Rp. Infus. fol. psidii pyriferi 25·0 : 80·0
Syr. simpl. 20·0
D. S. Zweistündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

6. Rp. Eudoxini 0·5
Dtr. tal. dos. Nr. VI. D. S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

7. Rp. Cocaïn. phenyl. 0·01
Bismuth. subgallic. 0·20
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. V.
D. S. Nüchtern ein Pulver zu nehmen.

8. Rp. Extr. fluid. kolae
Extr. fluid. cocae } āā 10·0
D. S. Zweistündlich zehn Tropfen zu nehmen.

Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Dr. Bauer: Ueber neue Pflasterpräparate.

Wenn man in der heutigen Zeit, in welcher die Technik der Pflaster so vorgeschritten ist, mit einem neuen Präparat an die Oeffentlichkeit tritt, so müssen besondere Vortheile gefunden worden sein, welche eine solche Concurrenz rechtfertigen. Ich werde mir erlauben, in Folgendem nachzuweisen, dass diese neuen Präparate, „Gelone“ genannt, diese Vortheile in vollstem Masse besitzen.

Das Gelon gehört seinem Wesen nach in die Gruppe des Glycerinleimes. Es besteht aus einer unlöslichen, äusserst zarten Deckschichte und einer wasserlöslichen Klebemasse. Die Deckschichte wird hergestellt mit einer elastischen Agarmasse, welche trotz ihrer Zartheit sehr zähe ist; selbe hat für die medicamentöse Wirkung keinerlei Bedeutung, sondern dient ausschliesslich als Deckmittel der Klebemasse. Die letztere ist eine gelatinöse Composition, welche Feuchtigkeit gut annimmt und sich mit allen medicamentösen Zusätzen leicht mischen lässt. Die Klebekraft der „Gelone“ entspricht den höchsten Anforderungen, welche man heutzutage an ein Pflaster stellen kann; sie zeigen ausserdem noch den Vortheil, dass selbst langliegende, ausgetrocknete Präparate durch Befeuchtung mit warmem Wasser wieder gebrauchsfähig gemacht werden können. Die Heilkraft der „Gelone“ hängt selbstverständlich von den medicamentösen Zusätzen ab; eine Reizwirkung ist bei „Gelone“ gänzlich ausgeschlossen, weil die Klebemasse absolut reizlos ist.

Ein anderer Vortheil der „Gelone“ ist, dass sie die Perspiration der Haut nicht hindern, wie die bisher in Verwendung stehenden Pflaster, dass sie aber trotzdem infolge eines mässigen Beisatzes von Seife eine tiefer dringende Wirkung erzielen, wie die bereits in Handel gekommenen Glycerinleime. Ferner ist der Vortheil hervorzuheben, dass die „Gelone“ durch ihren Feuchtigkeitsgehalt eine kühlende und juckstillende Wirkung erzielen. Die „Gelone“ sind schmiegsamer und elastischer als alle bisher bestehenden Pflaster, fügen sich jeder Körperfiguration leicht an und können auf höckerigen Hautpartien ohne Randeinschnitte appliciert werden, wodurch das oft so lästige Aufrollen der Ränder vermieden wird. Wird das aufgelegte Präparat von aussen be-

feuchtet, so lässt es sich ohne Mühe, ohne Zerrung der erkrankten Stelle und infolge dessen ohne Schmerz für den Patienten entfernen. Sollten an der Haut Rückstände des Präparates haften bleiben, so brauchen diese nicht, wie bei den bisherigen Pflastern, zur Entfernung die Anwendung von Spiritus, Benzin oder Aether, sondern können durch einfaches Waschen mit Wasser beseitigt werden. Ein besonders hervorzuhebender Vortheil dieser Präparate ist der, dass sie durch Befeuchtung mit Sublimatlösung sterilisirt werden können. Von Präparaten sind bisher hauptsächlich folgende in Verwendung: Das Salicylsaponat-Gelon. Selbes ist geeignet, die bisher gebräuchlichen Kautschuk- und Englischpflaster vortheilhaft zu ersetzen. Es eignet sich durch seine besondere Geschmeidigkeit als einfachster Verband kleiner Wunden und dürfte für die kleine Chirurgie, da man unter dem „Gelon" leicht kleine Druckverbände anbringen kann, besondere Vortheile bieten. Ebenso kann man es in der Dermatologie überall anwenden, wo man ein mildes und erweichendes Deckmittel sucht. Vorzüglich bewährt sich dieses Präparat als Vaccineschutz sowohl gleich nach der Scarification, als auch zum Schutze der Pusteln, dadurch, dass man nur die Ränder des Deckstückes befeuchtet. Ein nächst wichtiges Präparat ist das „Zink-Gelon", kurzweg „Gelonheftpflaster" genannt. Dasselbe ist ein mit Agar behandelter Creton, auf welchem die Zink-Klebemasse aufgetragen ist, welche, gut befeuchtet, eine vorzügliche Klebkraft entfaltet, anderseits durch Befeuchtung leicht und schmerzlos abgelöst werden kann. Ausser diesen genannten Präparaten wurden noch solche mit folgenden medicamentösen Zusätzen bereitet und sind vorräthig: Ichthyol, Ichthyolnaphthalan, Chrysarobin, Hydrargyrum, und von neuen Präparaten: nach Prof. Lang: Gallacetophenon, nach Prof. Ehrmann: Petrolanpräcipitat. Hiemit glaube ich über die „Gelone" das Hauptsächlichste gesagt zu haben, und möchte noch kurz von einer zweiten Gruppe von Agarpräparaten sprechen, von den „Tegonpräparaten".

Bei den „Tegonen" ist Agar selbst der Träger des Medicamentes; zur Grundlage wird Gazestoff verwendet; sie kommen dort zur Anwendung, wo das Medicament durch die Feuchtigkeit der Wunden oder der unmittelbaren Umgebung ausgelaugt werden kann, oder wo ein nicht klebendes antiseptisches Deckmittel gebraucht wird. Einstweilen wird nur das Ichthyol-Tegon, und zwar zu Vaginaltampons verwendet, indem man Wattekugeln mit dem Präparat umhüllt. Diese Tampons haben den Vortheil, dass sie von der Patientin leicht sowohl ein- als ausgeführt werden können, dass sie die Wäsche nicht verunreinigen und die Vagina immer gleich ausgedehnt erhalten. Eine andere Serie von Tegonen ist in Vorbereitung und wird seinerzeit darüber berichtet werden.

Die Präparate sind in den Apotheken erhältlich und werden von der Firma Sans & Peschka hergestellt. — (Wien. klin. Wochenschr.)

Gustav Kaiser: Behandlung der Lungentuberculose und anderer tuberculöser Erkrankungen mittels ausschliesslich blauen Lichtes.

Zur Verwendung wurden blaue, auf die Lichtqualität genau spectroskopisch geprüfte Glühlampen von 32 Kerzen Stärke in 20 cm Entfernung von der erkrankten Partie in Anwendung gebracht. Die dadurch erzielten Erfolge sind überaus günstige. Eine Wunde, die Vortr. seit zwei Jahren an seiner eigenen Hand trug, bekleidete sich in der verhältnissmässig kurzen Zeit von

zwei Monaten vollständig mit einer dünnen, dehnbaren und widerstandsfähigen Haut. Zwei Fälle von Lungentuberculose in vorgeschrittenen Stadien wurden nach sechswöchentlicher Behandlung soweit zur Heilung gebracht. dass die Nachtschweisse aussetzten, die Hustenreize trotz ungünstiger Witterung seltener wurden und die Tuberkelbacillen aus dem Auswurfe verschwanden. Ferner hat Vortr. Heilerfolge bei fungösen und tuberculösen Geschwüren, sowie bei einer Reihe von Dermatosen erzielt.

Auf Grund dieser klinischen, sowie auf Grund experimenteller Erfahrungen formulirt Vortr. die Wirkung des blauen Lichtes in folgenden Sätzen: 1. Das blaue Licht wirkt auf Bacillen entwicklungshemmend oder sogar tödtend; 2. der Einfluss der Wärmestrahlen ist dabei ausgeschlossen; 3. die Wirkung ist abhängig von Entfernung und Intensität der Lichtquelle; 4. das Licht durchdringt den Körper, u. zw. nur die blauen Strahlen desselben; 5. das blaue Licht wirkt resorbirend; 6. es wirkt ausserordentlich schmerzstillend, fast sogar anästhesirend. — (Wien. klin. Rundschau.)

Bücher-Anzeigen.

Klinik der Verdauungskrankheiten von C. A. Ewald: III. Die Krankheiten des Darmes und des Bauchfelles. Verlag von Aug. Hirschwald. Berlin 1902.

Nach einem sehr langen Zwischenraum hat sich der Vf. entschlossen, seiner Klinik der Verdauungskrankheiten einen Schlusstheil über die Darmkrankheiten folgen zu lassen. Die geringe Neigung zur Ausführung dieses letzteren begründet E. damit, dass auf diesem Gebiet nur wenig junges Holz gewachsen ist, und wir es nur mit altem Bestand zu thun hätten. Es ist dies gewiss richtig, dazu kommt aber, dass in den letzten Jahren eine Reihe von neuen Büchern auf diesem Gebiete das Tageslicht erblickten und es nicht zu scheuen haben (Nothnagel, Boas u. A.). Das vorliegende Buch nimmt eine Sonderstellung ein, indem es die Vorlesungsform hat, dem die gewandte Stilistik des Autors sehr zugute kommt.

Neues bringt das Werk eigentlich nicht und ist auch dazu nicht berufen. Es finden die meisten neueren klinischen Arbeiten Berücksichtigung und durch reichliche eigene Erfahrung Ergänzung. Die letztere ist da, wo unser positives Können noch nicht gross ist, von besonderem Werthe. Unvermeidlich ist leider dabei, dass auf solchen Gebieten viel Subjectives und Unrichtiges in die Literatur kommt. Wir wollen dies an einem kleinen Beispiel illustriren — dem Gersuny'schen Klebesymptom bei Kothtumoren. E. hat es nie finden können, auch einige Andere nicht und doch ist die sich daran knüpfende Consequenz: das gibt es nicht oder ist nebensächlich, ganz falsch. Wer das Klebesymptom einmal percipirt hat, weiss, dass es eines gibt und dass Gersuny ganz Recht hatte, dasselbe hervorzuheben. Aehnlich steht es mit anderen selteneren Beobachtungen.

In manchen Einzelheiten könnten wir also dem Vf. nicht Recht geben. Wir wollen aber deshalb den Werth seiner Leistung nicht herabdrücken. Das Buch ist, wie schon hervorgehoben, vorzüglich geschrieben, auch hübsch illustrirt und überhaupt schön ausgestattet. Die Vorlesung über Darmparasiten ist von v. Hansemann abgefasst. ..l.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Neuerungen auf dem Gebiete der zahnärztlichen Therapie.

Von Dr. Robert Kronfeld,
Zahnarzt in Wien.

Kampf gegen die Extraction, Kampf auf allen Linien und mit allen Mitteln — das ist der Grundsatz der modernen zahnärztlichen Therapie. Man braucht durchaus nicht auf dem extremen Standpunkt jener „Künstler“ zu stehen, welche der Extraction jede Existenzberechtigung absprechen, wenn man dafür eintritt, dass ihr Indicationsgebiet auf jede mögliche Weise verkleinert werden soll. In den letzten Decennien hat die zahnärztliche Therapie so mächtige Fortschritte gemacht, dass es heute möglich ist, Zähne conservativ zu behandeln, an deren Erhaltung vor wenigen Jahren kaum Jemand gedacht hätte. Wie wenige von den vor etwa 10 Jahren geltenden Indicationen der Zahnextraction bestehen heute noch für den Specialisten zu Recht! Ja selbst unter den vom Vf. erst vor drei Jahren aufgestellten Indicationen („Die Indicationen zur Extraction“, Oesterr.-ungar. Vierteljahresschr. f. Zahnheilk., 15. Jahrg., I. H.) müsste man heute die eine oder andere eliminiren, da inzwischen speciell die Methode der radicalen Behandlung von Alveolar-Abscessen und Zahnwurzelcysten bei Erhaltung des Zahnes wesentliche Fortschritte gemacht hat und es ermöglicht, viele Zähne zu conserviren, an deren Behandlung man früher nur mit Zagen und ohne Hoffnung auf ein zufriedenstellendes Resultat schreiten konnte.

In medias res übergehend, betreten wir zunächst das grosse Gebiet der Porzellanfüllungen. Wenngleich Füllungen aus einer den Zahn in Farbe, Glanz und Form täuschend imitirenden Glas- oder Porzellanmasse schon lange von Patienten verlangt und von Aerzten gemacht wurden, wenngleich wir hiezu über eine Menge Methoden verfügten, haben wir doch erst seit Kurzem eine verlässliche Art, diese für das Aussehen sowohl als auch für den Ersatz grösserer Zahndefecte höchst werthvollen Füllungen anzufertigen. Es kamen bis auf die durch Jenkins eingeführte und bald allgemein anerkannte Methode im Wesentlichen drei Wege in Betracht. Zunächst lag es nahe, den Ersatz einer grösseren,

verloren gegangenen Zahnpartie dadurch zu bewerkstelligen, dass man aus einem künstlichen Porzellanzahn das entsprechende Stück herausschliff, ein höchst mühsames und zeitraubendes Verfahren, mit welchem man fast nie einen Patienten zu Dank verpflichtete, da die künstlich hergestellte Ecke oder Kante des Zahnes, wenn sie nicht mit geradezu übermenschlicher Geduld angepasst war, in der Regel bald abbrach. Einen wesentlichen Fortschritt bedeutete dem gegenüber die fabriksmässige Herstellung von Porzellaneinlagen, welche nebst dem für jede Grösse passenden Bohrer in den Dental-Depots erhältlich waren. Man brauchte in diesem Falle nur nach Reinigung und Excavirung der Cavität dieser mit Hilfe des Einlagenbohrers die gewünschte Form zu geben und konnte dann das fertige Porzellanstückchen (Inlay), welches, wenn der richtige Bohrer verwendet worden war, genau in die Cavität passen musste, ohne Weiteres mit Cement darin befestigen. Da solche Einlagen vermöge ihrer genauen Anpassung an die Cavität fast nie ihren Halt verloren, erfreute sich dieses Verfahren (**Dall**sche Methode) grosser Beliebtheit. Trotz ihrer raschen und bequemen Ausführbarkeit haftete der Sache jedoch ein grosser Mangel an; denn da die zur Präparation der Cavität bestimmten Bohrer, um der letzteren eine cylindrische Form zu geben, senkrecht zu der Fläche des Zahnes geführt werden mussten, war die Ausführbarkeit auf bequem zugängliche Zahnflächen beschränkt. Für die vorderen Flächen der Frontzähne leicht anwendbar, liess diese Methode bei den schwerer zugänglichen Seiten- (Approximal-) Flächen derselben ganz im Stiche, und alle sogenannten Verbesserungen dienten nur dazu, die Sache zu compliciren und das Instrumentarium des Zahnarztes mit unnöthigem Ballast zu beschweren. Auch kam man trotz Allem nicht darüber hinaus, dass Cavität und Inlay nur dann vollkommen zu einander passten, wenn beide kreisrund waren. Bei einer oblongen oder winkelig geformten Cavität war es nahezu unmöglich, Höhle und Einlage einander congruent zu gestalten.

Zum Füllen solcher Cavitäten, sowie zur Herstellung grösserer, verloren gegangene Ecken oder Kanten des Zahnes ersetzender Contour-Füllungen, schlug man daher einen anderen Weg ein. Ein in der Farbe mit dem zu restaurirenden Zahne übereinstimmendes Glas- oder Porzellanpulver wurde in einem nach der Cavität geformten Kästchen aus Gold- oder Platinfolie über einer offenen Flamme geschmolzen und das so erhaltene Inlay in der Cavität

mit Cement befestigt. Bei dem Brennen über der Spiritus- oder Gasflamme, wobei die Folie mit der Pincette gehalten werden musste, kam es leicht zu Verbiegungen der Form, wonach die Füllung nicht mehr genau passen konnte. Man war daher bestrebt, den Process des Brennens abzukürzen und erzielte dies durch Verwendung leichtflüssiger Porzellanmassen. Da aber diese wieder infolge ihres Bleigehaltes sich im Munde bald verfärbten, mithin der kosmetische Effect fraglich wurde, zog man häufig gleich von vornherein eine Metallfüllung vor, welche zwar auch nicht mit der Farbe des Zahnes übereinstimmte, dafür aber verlässlicher und dauerhafter war.

In neuester Zeit hat sich nun Jenkins mit Fleiss und Geschick dieser Sache angenommen und durch zahlreiche Verbesserungen die Methode des Porzellanfüllens nahezu zur Vollkommenheit gebracht. Die von ihm angegebene Masse schmilzt bei so hoher Temperatur, dass das Brennen über der offenen Flamme von vornherein ausgeschlossen ist. Das nach der Cavität geformte Gold- oder Platinkästchen wird in eine mit Asbestbrei gefüllte Platinschale gebracht und mit der Porzellanmasse angefüllt. Das Asbestpulver, welches das Kästchen ringsum umgibt, verhindert ein Verbiegen seiner Ränder selbst bei den höchsten Temperaturen, welchen die Masse nun nicht über der Flamme, sondern in einem durch Gas oder den elektrischen Strom geheizten Ofen ausgesetzt werden kann. Es gelingt mit diesen und manch anderen Modificationen derzeit unschwer, Porzellanfüllungen herzustellen, welche in Bezug auf Aussehen und Haltbarkeit nichts zu wünschen übrig lassen. Der grösste Vortheil dieser Methode liegt meines Erachtens aber darin, dass man mit ihr alle Füllungen ausführen kann, vom stecknadelkopfgrossen Defect an der leicht zugänglichen Vorderfläche eines Schneidezahnes bis zu der erbsengrossen Lücke an der Rückseite eines Mahlzahnes.

Wenden wir uns aus dem Bereiche der Kronenfüllungen dem Gebiete der Wurzelbehandlungen zu, so darf zunächst als bekannt vorausgesetzt werden, dass die üblichen Methoden der Pulpa- und Wurzelcanalbehandlung im Allgemeinen zufriedenstellende Resultate liefern. Handelt es sich um eine noch lebende, durch Verletzung, Entzündung oder Neubildungen erkrankte Pulpa, so wird auf ihren blossgelegten Theil eine Spur arseniger Säure applicirt; nach 1—2 Tagen wird die Pulpakammer, d. i. der in der Zahnkrone liegende Antheil des Cavum dentis, breit

13*

eröffnet, die nunmehr empfindungslose Pulpa aus Pulpakammer und den Wurzelcanälen entfernt, die leeren Räume werden mit irgend einem sterilen Material und die in der Krone befindliche Cavität mit Porzellan, Gold oder Amalgam gefüllt. Ist dagegen die Pulpa abgestorben, d. h. dem feuchten Brande (Gangrän) oder der trockenen Nekrose (Mumification) verfallen, so tritt an Stelle der Arsenätzung die mechanische und chemische Ausräumung der Wurzelcanäle mit nachfolgender Füllung derselben. In welcher Weise die Desinficirung der inficirten Canäle vorgenommen wurde — ob durch Aufbohrung derselben mittelst zarter, flexibler Instrumente (Beutelrock), ob durch Verseifung des Fettsäuren enthaltenden Inhaltes (Schreier), ob durch Einführung von 50%iger Schwefelsäure (Callahan) u. s. w. — in vielen Fällen war bei sorgfältiger Ausführung jeder der erwähnten und noch vieler anderer Methoden eine Sterilisirung der inficirten Wurzelcanäle und damit die Erhaltung unzähliger Zähne möglich. Häufig bekam man aber Zähne in Behandlung, bei welchen es schon zu Erkrankung der peridentären Gewebe — Pericement, Periost der Alveole, Alveolarfortsatz — gekommen war. Durch Infection von der gangränösen Pulpa aus entsteht häufig über der Wurzelspitze ein Abscess, dessen Verlauf acut oder chronisch sein kann, dessen Innenraum ringsum geschlossen (blinder Alveolar-Abscess) ist oder durch eine Fistel mit der Mundhöhle, der Nasen- und Kieferhöhle oder gar der Gesichtshaut communicirt. Nicht selten sind auch die erbsen- bis wallnussgrossen Zahnwurzelcysten, welche lange Zeit ohne Beschwerden bestehen können, bis ihr fortschreitendes Wachsthum den Patienten ängstigt und zum Arzte treibt. Während die grösseren dieser Cysten einer allgemein chirurgischen Behandlung — Eröffnung mit entsprechender Nachbehandlung — zugänglich waren, trotzten viele kleinere Cysten und Alveolar-Abscesse jeder zahnärztlichen Therapie und indicirten nur zu häufig nach wochenlangem vergeblichem Bemühen. den Hohlraum vom Wurzelcanal des Zahnes aus zur Verödung zu bringen, die Extraction des Zahnes. Eine etwas günstigere Prognose boten nur die gefistelten Abscesse, weil es hier oft zur Ausheilung des Processes kam, wenn man nach penibler Reinigung der Pulpakammer und der Wurzelcanäle den ganzen Gang, der im Wurzelcanal begann, durch das Foramen apicale in den Alveolar-Abscess und von hier durch die Fistel nach aussen führte, mit desinficirenden Flüssigkeiten durchspritzte. Letztere

entfernten auf ihrem Wege die vorhandenen infectiösen Stoffe, und die Fistel heilte nach Entfernung des Infectionsherdes unter Granulationen in kurzer Zeit aus. Freilich konnte auch dieses Verfahren nur dann zum Ziele führen, wenn im Alveolar-Abscesse kein unzugänglicher Recessus, am Alveolarfortsatz keine Sequesterbildung vorhanden war. In solchen Fällen war eben die Ursache der Fistelbildung trotz desinficirender Wurzelbehandlung und Durchspritzen des Fistelganges nicht zu eliminiren.

Für solche hartnäckige Fisteln, ferner überhaupt für alle Alveolarabscesse — ob blind oder gefistelt — und für Zahnwurzelcysten verwenden wir in den letzten Jahren eine Methode, welche glänzende Resultate liefert: die Wurzelspitzen-Resection. In der Erwägung, dass sich der Wurzelcanal für die Drainage und Ausheilung des in der Umgebung der Wurzelspitze sitzenden Krankheitsherdes ungenügend erweist, wählt man nämlich den kürzeren und bequemeren Weg quer durch die Wand des Alveolarfortsatzes. Die Details der Operation, welche in wenigen Minuten unter Cocaïn-Anästhesie ausgeführt wird, entziehen sich dem Rahmen dieses Aufsatzes. Es wird aber ohne Weiteres vom chirurgischen Standpunkt gewiss zugegeben werden, dass man den in der Knochenspongiosa sitzenden Herd bequemer und radicaler auf dem kurzen, beliebig weit zu gestaltenden Weg durch die Lamina vitrea des Alveolarfortsatzes, als durch den langen, engen, gekrümmten Wurzelcanal des Zahnes angehen kann. Von der breiten Oeffnung aus kann man mit Leichtigkeit das erkrankte Wurzelende reseciren, die Innenwände des periapicalen Hohlraumes auskratzen, etwaige Sequester entfernen, die Wundhöhle ausgiebig irrigiren und die Granulationsbildung und Vernarbung Schritt für Schritt überwachen — durchwegs Vortheile, welche bei Behandlung durch den Wurzelcanal ausgeschlossen waren. Das Vorhandensein einer Fistel erleichtert die Operation wesentlich, da man dem Fistelgange folgend sogleich auf die Wand des Alveolarfortsatzes stösst und die hier bereits vorhandene Oeffnung nur zu erweitern braucht.

Ausgerüstet mit dieser Methode, kann der Zahnarzt jetzt auch bei Antrum-Erkrankungen dentären Ursprungs an die Erhaltung des schuldtragenden Zahnes schreiten, was mitunter — wenn es sich um die stark sichtbaren Prämolares oder um den ersten Molaris handelt — für den Patienten von grösster Wichtigkeit ist. Weiser schlägt für solche Fälle ein modificirtes

Küster'sches Verfahren vor. Man beginnt die Operation, wie zur Wurzelspitzenresection, mit Eröffnung des Alveolarfortsatzes und kann von der Trepanationsöffnung aus einerseits sofort in den Sinus maxillaris gelangen, anderseits die erkrankte Wurzelspitze und ihre Umgebung radical behandeln. So hat man mit einem Schlage das Empyem geheilt, den Zahn gerettet und die Möglichkeit einer Recidive der Antrumerkrankung beseitigt. Zu all diesen Eingriffen braucht man einen geringen Apparat, vor Allem die zahnärztliche Bohrmaschine, welche überhaupt den Chirurgen bei vielen Operationen statt der Handbohrer, Feilen, Sägen u. dgl. gute Dienste leisten könnte.

Abgesehen von dem unmittelbaren Effect — Erhaltung hochgradig erkrankter Zähne und Wurzeln — ist die erwähnte Methode für den Zahnarzt, welcher sich mit den verantwortungsvollen Kronen- und Brückenarbeiten beschäftigt, von unschätzbarem Werthe. Im Gebiete des Zahnersatzes geht bekanntlich das Bestreben der modernen zahnärztlichen Therapie dahin, die Befestigung der künstlichen Zähne an abnehmbaren Platten zu umgehen und die ersteren, wenn möglich, an vorhandenen Zähnen oder Wurzeln ein- für allemal zu fixiren. So einfach nämlich der Ersatz durch Metall- oder Hartgummiplatten (sogenannte „Gebisse“) sich gestaltet, so lässt sich doch nicht leugnen, dass der Träger einer solchen, Gaumen und Alveolarfortsatz bedeckenden, behufs Reinigung häufig zu entfernenden Platte sich über grosse Unannehmlichkeiten hinwegsetzen muss, über Unannehmlichkeiten, welche er mitunter — bei grosser Empfindlichkeit oder ungünstigen anatomischen Verhältnissen des Mundes — nicht überwinden kann. Man bemüht sich daher seit Langem, etwa noch vorhandene Zähne und Zahnreste als Träger von Kronen zu verwenden, welche in Form, Farbe und Stellung die verlorenen Zähne getreulich nachahmen, vom Arzte eingesetzt und vom Patienten wie eigene, unbewegliche Zähne zum Kauen und Sprechen benützt werden; durch Verbindung mehrerer nebeneinander liegender Kronen gelangt man dann zum Begriffe der Brückenarbeit. Leider musste man aber oft diese Methode des Zahnersatzes trotz ihrer enormen Vortheile beiseite lassen, da es nicht immer möglich war, der Grundbedingung gerecht zu werden: ein sicheres, d. h. festes und gesundes Fundament aus den in desolatem Zustande befindlichen Wurzeln herzustellen. Freilich gab und gibt es noch viele gewissenlose „Zahnkünstler“, welche auch auf gangränöse

und abscedirende Wurzeln „Brücken“ aufbauten, d. h. Gebilde, welche dem Patienten momentan recht imponirten, ihm aber nach wenigen Wochen Periostitiden, Schmerzen, kurz die übelsten Zustände erzeugten. Von einem solchen „Zahnersatz“, dessen Analogon man am ehesten in dem von den Chinesen seit Jahrtausenden geübten Anbinden von künstlichen Zähnen an ihre Nachbarn finden kann, hat der gewissenhafte Operateur niemals Gebrauch gemacht, und an dessen Stelle lieber den zwar unangenehmen, aber reinlichen und nicht schädlichen Ersatz durch Plattengebisse treten lassen, wobei manche kranke und trotz aller Bemühungen unheilbare Wurzel der Zange verfiel. Durch die neuere radicale Behandlung der Alveolarabscesse und Zahnwurzelcysten ist nun die Erhaltung kranker Wurzeln möglich, welche als Brückenträger von grösstem Werthe sind. Ein Beispiel möge das eben Gesagte illustriren. Es kommt ziemlich häufig vor, dass man in einer Kieferhälfte nur mehr einen Mahlzahn und an Stelle der Backenzähne eine einzige Wurzel antrifft. Gelingt es in diesem Falle, die Wurzel, deren Pulpa stets verjaucht, über deren Spitze gewöhnlich ein Abscess vorhanden ist, radical zu behandeln und zu füllen, so hat man dem Patienten den denkbar grössten Dienst geleistet. Denn man hat nun zwei feste Stützen — den Molaris rückwärts und die geheilte Wurzel vorne, welche das Aufsetzen einer soliden Brücke ermöglichen und den Patienten der Nothwendigkeit entheben, wegen zweier oder dreier Ersatzzähne ein Plattengebiss zu tragen. Ein anderer Fall: Ein 14jähriges Mädchen stürzt und bricht sich die Krone eines centralen Schneidezahnes ab. Die freigelegte Wurzelpulpa schmerzt einige Tage, verfällt der Entzündung und Gangrän, es kommt durch das Foramen apicale zu Infection des Kiefers und Abscessbildung. Das Kind steht vor der Aussicht, die citernde Wurzel ziehen zu lassen und wegen dieses einen Zahnes eine den halben Gaumen bedeckende Platte zeitlebens tragen zu müssen. Hier kann man durch einen einfachen Eingriff geradezu Wunder wirken. Die Abscesswand wird am Alveolarfortsatz trepanirt, die Wurzel gereinigt, gefüllt und mit einer Porzellankrone versehen; das Kind trägt nun keinen Fremdkörper im Munde und hat nach wenigen Tagen alles Ungemach vergessen.

Während auf dem ganzen Gebiete der Zahnheilkunde die Gegner der Extraction siegreich vordringen, gibt es einen einzigen kleinen Bezirk, auf welchem dieser Kampf nie zu einem Resultate

führen kann und wird, ja am besten überhaupt nicht unternommen werden sollte; es ist dies die sogenannte frühzeitige Extraction des sechsjährigen Molaris. Es ist wohl hier nicht der Platz, die ganze Streitfrage aufzurollen, auch wüsste ich wahrhaftig nicht, was in dieser Angelegenheit, über welche schon Bände geschrieben wurden, Neues zu sagen wäre. Da sich aber in dem hitzigen Kampf der Meinungen, welcher durch Sternfeld's treffliche Monographie endgiltig beigelegt zu sein schien, neuerdings die gewichtige Stimme Förberg's, und zwar auf gegnerischer Seite, erhoben hat, seien mir hier einige orientirende Bemerkungen gestattet. Ist doch gerade dies ein Gebiet, auf welchem der praktische Arzt in seiner Eigenschaft als Freund und Berather der Familie segensreich zu wirken berufen ist.

Der erste bleibende Molaris bricht normalerweise im sechsten Lebensjahre am rückwärtigen Ende der Wechselzahnreihe durch. Da er einige Jahre früher erscheint, als die anderen Stockzähne, da er durch seine vielfache Höckerung und Furchung und seine weiche, an die Milchzähne mahnende Consistenz sehr zu Caries inclinirt, da er schliesslich in seiner Eigenschaft als Zahn der zweiten Dentition von den Eltern zumeist nicht erkannt wird, findet man ihn oft schon nach kurzer Zeit hochgradig zerstört. Zwischen dem 10. und 12. Lebensjahre bietet er häufig ein den Zahnärzten zu ihrem Leidwesen nur allzu wohl bekanntes Bild der Devastirung: die Krone zerbröckelt und zerfallen, die Pulpa entzündet oder verjaucht, Pericement und Periost inficirt, das Zahnfleisch ringsum hyperämisch und geschwollen.

Dies wäre wohl bei einiger Aufmerksamkeit von Seiten der Pflegepersonen und Geduld von Seiten des Arztes leicht zu verhüten, eventuell zu curiren. Häufig sieht man aber, dass der sechsjährige Molaris für den Kiefer überhaupt zu gross ist, dass er, als solider Zapfen am Ende der Zahnreihe eingerammt, die vorderen Zähne in eine gedrängte Stellung zwingt. Die letzteren sind dann genöthigt, sich nicht nebeneinander, sondern mit ihren Rändern übereinander zu stellen, der Raum für den im 12. bis 13. Lebensjahre durchbrechenden Eckzahn ist so beengt, dass dieser am Alveolarfortsatz hoch über der Zahnreihe erscheint und sich nur mühsam und in stark rotirter Stellung nach abwärts senkt. Nun unterliegt es gewiss keinem Zweifel, dass man durch orthopädische Apparate den zu engen Kiefer erweitern und für alle Zähne ge-

nügend Raum schaffen kann; das Kind muss nur so viel Geduld haben, eine Combination von Platten, Ringen, Schrauben und Stangen monate- oder jahrelang im Munde zu tragen, es muss sich über das erschwerte Kauen und die hölzelnde Sprache mit philosophischem Gleichmuth hinwegsetzen, die Eltern müssen eine Unsumme von Zeit und Geld darauf verwenden, dann geht die Sache prächtig. Aber auch wenn diese Voraussetzungen nicht zutreffen, wenn das Kind zu schwach oder zu ängstlich ist, um eine langwierige Behandlung zu ertragen, wenn die Eltern nicht in der Lage sind, die Kosten einer solchen zu bestreiten, muss man sich bemühen, eine gedrängte Zahnstellung zu vermeiden, da bekanntlich die Seitenflächen engstehender Zähne Prädilectionsstellen für die Caries sind. Und es steht vollkommen in unserer Macht, die Entwicklung einer solchen Zahnstellung zu verhindern: Sobald wir bei dem 11—13jährigen Kinde Raummangel im Kiefer bemerken, soll der erste Molaris jeder Seite im Ober- und Unterkiefer extrahirt werden. Freilich kostet das einen harten Kampf mit der Angst der Eltern; aber das darf uns nicht irre machen. Meist kommt uns ja der Umstand zu Hilfe, dass die ersten Mahlzähne in diesem Alter bereits cariös sind; es wird da auch den Eltern einleuchten, dass die Entfernung der vier schadhaften Zähne kein solches Unglück ist, wenn sie auch trotz aller Bemühungen und Auseinandersetzungen des Arztes den eigentlichen Zweck der „grausamen Operation“ nicht einsehen wollen. Der durch die Extraction gewonnene Raum wird bald durch Auseinanderrücken der anderen Zähne ausgefüllt. Man erzielt dadurch drei wesentliche Vortheile: einerseits verhindert man das Auftreten von Caries an den Approximalflächen der zu gedrängt stehenden Zähne, anderseits verhütet man das Entstehen von Stellungsanomalien und — last not least — verschafft man dem einige Jahre später herauskommenden Weisheitszahn Raum, so dass dieser leicht und ohne die mit Recht gefürchtete traumatische Entzündung der ihn umgebenden Gewebe durchbrechen kann. Die vier Extractionen dürfen erst vorgenommen werden, sobald die ersten Molares als Stützen der Articulation nicht mehr nöthig sind, also wenn die Prämolares und die zweiten Molares genügende Höhe erreicht haben. Extrahirt man nämlich zu früh, so könnte sich ein abnorm tiefer Biss entwickeln, wobei die oberen Schneidezähne durch das directe Auftreffen der unteren nach vorne und aussen gedrängt würden; wartet man dagegen mit der Extraction zu lange, so ist das Auseinanderrücken der Zähne nicht mehr

so leicht möglich, und der gewünschte Effect der Operation stellt sich nicht ein.

Für eingehende Erörterungen über die neueren Methoden der Zahn- und Kieferregulirung, Anwendung der Elektricität und Röntgenographie, Ausgestaltung der instrumentellen Behelfe, Verwendung neuerer Arzneimittel und ähnliche Fragen, welchen der Specialist das grösste Interesse entgegenbringt, ist hier nicht der Platz. Auf einem Gebiete, in welchem ein guter Theil des ärztlichen Könnens auf manueller Fertigkeit beruht, bringt jeder Tag dem Praktiker Neuerungen und Verbesserungen, welche in einem für die Gesammtheit der Aerzte bestimmten Blatte nur flüchtige Erwähnung finden können.

Wann darf man den Uterus curettiren?

Von Dr. Lucius Stolper,
Frauenarzt in Wien.

Die Curettage des Uterus ist ein so einfacher Eingriff, dass wohl die Mehrzahl der praktischen Aerzte den Eingriff selbständig und auch ohne besondere gynäkologische Vorbildung ausführen kann. Und doch wird Niemand leugnen, dass selbst zur Ausführung dieser Operation Erfahrung nothwendig ist, und jeder Gynäkologe wird mir Recht geben, wenn ich behaupte, dass die Hauptschwierigkeit hier in der Indicationsstellung liegt.

Die Technik der Uterusausschabung ist, wie gesagt, sehr einfach. Wenn ich sie dennoch hier recapituliren will, so thue ich es selbst auf die Gefahr hin, Allbekanntes zu wiederholen, aus dem Grunde, weil die in der Praxis sich ergebenden Schwierigkeiten in der Beschaffung eines passenden Raumes, Lagers, einer ausreichenden Assistenz zu Auswegen Veranlassung geben, die der Exactheit in der Ausführung der Operation abträglich sind, und die Patientin gefährden können. Ich führe die Operation nur in zwingenden Fällen im Querbett aus; wo es nur halbwegs angeht, bringe ich die Patientin auf einen Tisch. Sie liegt in Steissrückenlage, die Beine werden durch einen Beinhalter im Knie und Hüftgelenk gebeugt und abducirt gehalten. Narkose ist meist vollständig entbehrlich. Nach gehöriger Desinfection der Patientin, die sowohl den Unterbauch als äusseres Genitale und die Vagina betrifft, und nachdem Operateur und Assistenz sich gründlich des-

inficirt haben, wird mit einem vorderen und hinteren Löffelspeculum die Scheide entfaltet und die Portio eingestellt. Selbstverständlich arbeitet man mit vorher ausgekochten Instrumenten. Nun wird mittels Kugelzange die vordere Muttermundslippe gefasst und herabgezogen. Ist der Cervicalcanal für die Curette durchgängig, so kann sofort curettirt werden. Meist wird eine Dilatation vorausgehen müssen, die zweckmässig mit Hegar'schen Stiften ausgeführt wird. Für gewöhnlich genügt eine Erweiterung des Cervicalcanals bis Hegar Nr. 9. Diese Erweiterung ist ziemlich schmerzhaft und muss langsam und vorsichtig vor sich gehen. Hierauf wird systematisch zuerst die vordere, dann die hintere Wand in langen Zügen abgeschabt, bis man überall das knirschende Geräusch der freiliegenden Musculatur hört. Zur Abschabung der Schleimhaut in den Tubenecken eignet sich besonders nach dem Vorschlage von Löhlein der Simon'sche scharfe Löffel. Die ausgeschabten Massen werden auf ein feuchtes Gaze- oder Wattebäuschchen gebracht, um sie einer eventuellen histologischen Untersuchung zuführen zu können. Nun folgt eine Ausspülung des Uterus mit schwacher Lysollösung oder sterilisirtem Wasser und die Tamponade des Uterus und der Vagina. Die Aetzung der Uterushöhle mit Jodtinctur ist wohl entbehrlich. Die eingeführten Streifen werden am nächsten Tage entfernt. Die Frau bleibt einige Tage im Bett.

Dies ist in kurzen Zügen der Gang der Operation. Nun ist es begreiflich, dass sich vielfach das Bestreben geltend gemacht hat, bei einem so einfachen Eingriff die Assistenz auszuschalten. Namentlich verleiten dazu die selbsthaltenden Specula. Doch reichen sie für diesen Zweck keineswegs aus. Sie entfalten wohl die Vagina und bringen die Portio zur Ansicht, doch ist der Zugang zum Operationsfeld viel zu eng und behindert das Operiren. Ausserdem halten sie nicht absolut sicher, so dass sich Missstände ergeben, die den ganzen Vorgang nur unnöthig compliciren. Keineswegs aber ist es zulässig, ganz ohne Speculum zu operiren. Mir erzählte kürzlich ein College, der viel Frauenpraxis treibt, dass er Auskratzungen im Bett der Patientin bei Längslage ohne Speculum vornehme. Ein solches Vorgehen richtet sich von selbst. Es beweist aber, dass es nicht überflüssig ist, auch einmal elementare Dinge wieder zu besprechen.

Aber so gefährlich eine fehlerhafte Ausführung einer Curettage werden kann, so geschieht dadurch noch immer nicht so

viel Unheil, als durch eine falsche Indicationsstellung. Es ist so oft schon von den hervorragendsten Gynäkologen betont worden, dass zu viel curettirt wird. Die eigene Erfahrung lehrt mich das Gleiche und hat mich veranlasst, im Rahmen eines kurzen Aufsatzes die Indicationsstellung, wie sie von den meisten Gynäkologen geübt wird, zu präcisiren.

Es ist sicherlich in früheren Jahrzehnten auch von den Gynäkologen viel curettirt worden. In neuerer Zeit ist man mit der Ausschabung viel zurückhaltender geworden, so dass selbst an Frauenkliniken mit grossem Material die Curettage zu den selteneren Eingriffen gehört. Diesen Umstand daraus erklären zu wollen, dass zwecks einer so leichten Operation die Aufnahme nicht erfolgt, weil man den Platz für die schweren Fälle braucht, ist unrichtig; denn das Material einer Klinik recrutirt sich vorwiegend aus der Ambulanz. Eine blutende Frau z. B., die ambulatorisch behandelt wird, wird nie anderswohin gewiesen, wenn sich die Nothwendigkeit ergibt, sie zu curettiren. Wenn dagegen auffällt, dass an chirurgischen Abtheilungen relativ viel curettirt wird, so ist das nur einer weiteren Indicationsstellung zuzuschreiben. Die Seltenheit der Curettage wird am besten aus folgenden Zahlen erhellen. Im Ambulatorium des Verbandes der Genossenschaftskrankencassen für kranke Frauen, dessen Vorstand Herr Docent Dr. Neumann ist, kommen jährlich 1600 bis 1700 neue Patientinnen zur Unteruschung und über 8000 zur Behandlung. Ich habe die Protokolle daraufhin durchgesehen, wie oft Blutungen vorkamen und wie oft curettirt wurde. Es ergaben sich für das Jahr 1900 unter 1651 neuen Patientinnen 349 Fälle von Blutung, d. h. 21·14 % der Geammtsumme. Davon wurden curettirt 14, mithin circa 4% der blutenden Frauen. Von den 14 Auskratzungen wurden sechs gemacht wegen Endometritis, eine wegen Hyperplasia mucosae bei Myom und sieben Excochleationen hauptsächlich zu diagnostischen Zwecken wegen Verdachtes auf Carcinoma uteri. Im Jahre 1901 kamen unter 1646 Fällen 399 Frauen mit Blutungen zur Beobachtung, d. i. 24·25% der Gesammtsumme. Curettirt wurden 22, demnach circa 5·5% der blutenden Frauen. Die 22 Auskratzungen vertheilen sich auf 10 Fälle von Endometritis und 12 Probeexcochleationen zumeist wegen Carcinomverdacht.

Diese Zahlen beweisen zur Genüge, wie selten eine Auskratzung nothwendig ist. Dazu kommt, dass die Zahl der Aus-

kratzungen eigentlich zu hoch gegriffen ist, weil Frauen, die ursprünglich wegen eines anderen Leidens zu uns kamen, oft erst später nach einem Abortus oder sonstwie ein Leiden acquirirten, das die Abrasio nöthig machte. Da ich die Protokolle der Reihe nach durchging, habe ich alle Fälle dazugerechnet, bei denen die Ausführung der Excochleation angegeben war, gleichgiltig, wann immer dieselbe vorgenommen wurde. Ferner habe ich auch die Fälle dazugezählt, bei denen die Excochleation nicht von uns, sondern an einer Frauenklinik vorgenommen wurde. — Dabei ist immerhin noch zu bedenken, dass es beim Krankencassenmaterial darauf ankommt, die Kranken möglichst bald gesund und arbeitsfähig zu machen, so dass wir keinesfalls uns auf Experimente einlassen konnten. Es wird nämlich vielfach von praktischen Aerzten behauptet, dass man oft aus socialen Rücksichten zur Curette greifen müsse, weil man rascher zum Ziele komme, als mit irgend welchem anderen Mittel. Dies ist gewiss eine nur selten nothwendige Indication, wenn ich die oben erwähnten Erfahrungen in Betracht ziehe.

Ausserdem liegt darin die Gefahr, dass man aus lauter Rücksicht den Fall nicht genügend beobachtet, und die Frau durch die Curettage schädigt. In der That ist der Schaden, den eine nicht indicirte Auskratzung anrichten kann, ganz bedeutend.

Die Frage, wann curettirt wird, wird allgemein damit beantwortet: „Wenn eine Uterusblutung vorliegt". Diese Indicationsstellung ist falsch und gefährlich.

Eine Uterusblutung kann aus den verschiedensten Ursachen entstehen. Die häufigsten sind: Entzündungen des Endo- und Myometriums, Hypertrophie, Hyperplasie und Neubildungen desselben, und zwar sowohl gutartige, als bösartige, Lageveränderungen, besonders die Retroflexio versio, Entzündungen des Perimetriums, der Tuben und Ovarien, die Graviditas extrauterina, Erkrankungen post puerperium, namentlich die Subinvolutio uteri, drohender, im Gang befindlicher und incompleter Abortus, und endlich gibt es eine Reihe von Blutungen, wie z. B. im Klimakterium oder bei ganz jungen, in der Entwicklung befindlichen Individuen, deren Ursache unvollkommen bekannt ist.

Die stricte Indication zur Curettage gibt von vornherein keine dieser Erkrankungen, es sei denn, dass Zweifel in der Diagnose bestehen. Meist liegt dann die Sache so, dass die Frage zu entscheiden ist, ob eine Blutung durch einfache Endometritis oder

durch eine maligne Neubildung bedingt ist. Diese Frage kann exact wohl nur durch eine Probeauskratzung entschieden werden. Und diese sollte in solchen Fällen nie unterlassen werden. Die darauf folgende histologische Untersuchung wird uns selten im Stich lassen bezüglich der Diagnose, und sollten dennoch Zweifel bestehen, so wird der weitere klinische Verlauf und eventuell eine zweite Curettage zu einem sicheren Resultat führen. Ueberhaupt kann ich nicht eindringlich genug hervorheben, wie wichtig die Untersuchung curettirter Massen für die Beurtheilung eines Falles werden kann, so dass eigentlich ausnahmslos alle Curettageproducte histologisch untersucht werden sollten. Das eine Mal werden wir die Ueberraschung erleben, dass statt der angenommenen Endometritis ein Carcinom vorliegt, das andere Mal eine Tuberculose oder irgendein anderer Process (malignes Deciduom!), der vielleicht besondere Massnahmen verlangt. Damit erweist sich die Auskratzung als ein eminent wichtiger diagnostischer Behelf, der in seiner Bedeutung der therapeutischen Anwendung keineswegs nachsteht. Wir bedienen uns dieses Behelfes umso lieber, als eine Complication gegenüber der therapeutischen Auskratzung nicht vorhanden ist, ja beide mit einander verbunden werden können und meist auch verbunden werden. Es ist für die histologische Untersuchung wichtig, dass aus den verschiedensten Partien des Uterus die Schleimhaut hergenommen wird, da eine theilweise Ausschabung gerade die für die Diagnose wichtigsten Stellen zurücklassen kann. Daher wird auch die Probeauskratzung eine vollständige, die ganze Uterusmucosa betreffende Curettage sein, die sich von der therapeutischen durch nichts unterscheidet.

Der Brauch, behufs Diagnosestellung ein Stückchen der Schleimhaut mit der Curette zu entfernen, ist zu verwerfen, weil diese Methode nur selten ein brauchbares Resultat liefert. Ich halte es nicht für überflüssig, darauf hinzudeuten, dass man sich auch in diesen Fällen einer ausgekochten Curette bedienen soll; denn der Uterus, der im Allgemeinen viel verträgt, könnte doch einmal der Ausgangspunkt einer schweren Infection werden.

Bevor ich von den Erkrankungen spreche, die unter Umständen die Ausschabung erforderlich machen, will ich auf die Contraindicationen eingehen, die in Betracht kommen können. Als absolute Contraindication gelten etwa vorhandene acut entzündliche Veränderungen an den Adnexen und am Peritoneum. Wir wissen, dass schon viel geringere Eingriffe am Uterus entzündliche

Adnexe erheblich alteriren, dass schon beim Herabziehen des Uterus mit der Kugelzange eine Pyosalpinx platzen kann. Daher müssen wir uns über den Zustand der Adnexe sehr wohl orientirt haben, ehe wir uns zur Curettage entschliessen. Eine einfache Salpingitis kann, durch eine Auskratzung angefacht, zu einer schweren Entzündung mit Bildung grosser Eitersäcke führen, die die Kranke im hohen Grade gefährden oder zumindest ein jahrelanges Siechthum zur Folge haben.

Ebenso müssen wir sicher sein, dass eine Blutung nicht etwa durch eine gestörte Extrauteringravidität verursacht ist. Die Diagnose kann mitunter sehr schwer sein, wenn der palpatorische Befund negativ oder jedenfalls unsicher ist, so dass vielleicht nur die Anamnese einigen Aufschluss gewährt. Solche Fälle sind nicht allzuselten. Sie erfordern die genaueste Beobachtung. Die Schwierigkeit ihrer Erkennung legt es uns nahe, immer an die Möglichkeit eines solchen Vorkommnisses zu denken, und nur, wenn wir eine Extrauteringravidität ausschliessen können, nöthigenfalls zu curettiren. Die Curettage bei Vorhandensein einer ektopischen Schwangerschaft kann unter foudroyanten Erscheinungen zum Exitus führen oder doch die gefährlichsten Complicationen schaffen.

Auch bei puerperalem Uterus darf nicht ohneweiters zur Curette gegriffen werden. Wir müssen uns immer die leichte Lädirbarkeit des Organs und die leichte Infectionsmöglichkeit vor Augen halten. Schauta hebt diesbezüglich ganz besonders hervor, dass die Curette den Wall von Granulationsgewebe, gleichsam die Schutztruppen des Organs, zerstört und der Infection Thür und Thor öffnet. Dazu kommt, dass Auskratzungen in puerperio oder post abortum leicht zur Obliteration der Uterushöhle führen können. Die Abortusblutung an und für sich erfordert nie die Curette. Sie findet hie und da ihre Anwendung bei incompletem Abortus zur Entfernung retinirter Eitheile, also nicht zur eigentlichen Curettage. Doch wird sie zweckmässig auch da vermieden, weil die Curette in solchen Fällen ein gefährliches Instrument ist, mit dem man leicht den Uterus perforiren kann und ferner, weil es oft gar nicht gelingt, mit der Curette die causa peccans, ein zurückgebliebenes Stückchen Placenta etc., aufzufinden. Vielmehr ist es nothwendig, den Cervicalcanal soweit wegsam zu machen, dass man mit dem Finger den Uterus austasten und das retinirte Gewebe entfernen kann oder, wenn das nicht gelingt, unter Leitung des Fingers mit der Curette einzugehen, um den Abortrest

zu entfernen. Eine gleichzeitige Auskratzung ist unnöthig, ja, wie schon erwähnt, schädlich.

Berücksichtigen wir all dies eben Gesagte, so bleibt für die Curettage geeignet, die Endometritis, beziehungsweise die Hyperplasia Endometrii und die Blutungen ohne bestimmte Ursache, wie sie im Klimakterium etc. vorkommen. Bei der Endometritis und Hyperplasie geben nicht nur die Blutungen, sondern auch die sonstigen Symptome manchmal die Veranlassung zur Ausschabung. Ausserdem ergibt sich die Indication zur Auskratzung ausnahmsweise in Fällen, wie z. B. die Sterilität, die weder eine mechanische noch eine organische Ursache hat, sondern möglicherweise in einer leichteren Abnormität der Uterusschleimhaut liegt.

Im Allgemeinen wird es sich nur um obengenannte Fälle handeln.

Doch, wie gesagt, auch bei diesen Fällen werden wir nicht gleich zur Curette greifen. Die Curette bleibe das letzte Auskunftsmittel, das ultimum refugium. Wir werden zunächst versuchen, durch Bettruhe und Tamponade die Blutung zu stillen. Es gibt Blutungen, die auf diese Massnahmen zum Stehen gebracht werden. Meist fügt man noch ein Medicament hinzu, das intern oder per Klysma applicirt wird. Von internen Mitteln ist sehr zu empfehlen das Fluidextract von Hydrastis canadensis, ein Mittel, das mir stets ausgezeichnete Dienste geleistet hat. Ich verordne dreimal täglich je 20 Tropfen. Ein anderes Mittel ist das Ergotin besonders in Form der Rheinstädter'schen Klysmen, die ich einmal täglich, und zwar durch vier bis fünf Tage applicire, meist in Combination mit der internen Darreichung von Hydrastis. Das Stypticin verwende ich nur ausnahmsweise. Vor Allem versuche ich es dort, wo die Hydrastis wegen des schlechten Geschmackes zurückgewiesen wird. Die Erfolge sind nach meiner Erfahrung unsicherer, als die mit Hydrastis. Von letzterem wird noch das Alkaloid, das Hydrastinum hydrochloricum in Pulvern zu 0·03 bis 0·05 und das von diesem abgeleitete Hydrastininum hydrochloricum in 5—10%iger Lösung subcutan angewendet. Ferner hat Kayser nach Versuchen an der Greifswalder Klinik das Salipyrin in Form von Tabletten 1·0 pro dosi, 3 g pro die als sehr wirksam empfohlen. Dieses, wie das Salol in 0·5 g Dosen, kann man zugleich mit Hydrastis geben.

Von den vielen local angewendeten Mitteln, wie Tinct. jodi, Chlorzink, Ferrum sesquichloratum, kommt wohl heute keines

mehr in Betracht. Bemerkenswerth ist eine Methode der localen Behandlung, welche von Labadie Lagrave ersonnen, durch Ostermann in Deutschland bekannt wurde und die kürzlich von Spaeth in einer ausführlichen Arbeit in der „Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol." beschrieben und praktisch und theoretisch erklärt wurde. Sie besteht in der Application eines Gemisches von Antipyrin und Salol auf die Uterusschleimhaut. Antipyrin und Salol āā werden zu diesem Zweck in einer Eprouvette erhitzt, bis sich das Gemisch verflüssigt. Dieses Gemisch wird, natürlich solange es noch flüssig ist, mittels Stäbchen oder Sänger'scher Sonde, die mit Watte armirt ist, in den Uterus gebracht. Es genügt eine 1—4malige Anwendung, die in Zwischenräumen von 2—4 Tagen wiederholt werden kann.

Die Beobachtungen Spaeth's erstrecken sich auf 70 Fälle. Sie lehren uns, dass die Methode sich besonders bewährt bei Blutungen infolge Subinvolutio uteri post partum oder post abortum, dann bei klimakterischen und ovarigenen Blutungen und schliesslich bei Blutungen infolge chronischer Adnexentzündungen. Bei acuten und subacuten Adnexentzündungen verbietet sich die Methode, wie jeder intrauterine Eingriff, von selbst.

Die Wirkung der Antipyrin-Salol-Behandlung soll darauf beruhen, dass der Uterus zur Contraction angeregt wird. Daher erklärt sich auch die Wirksamkeit in all den Fällen von Blutungen, die von einer Muskelerschlaffung herrühren. Dagegen ist sie unwirksam bei stärkeren Wucherungen der Gebärmutterschleimhaut.

Ein sehr wirksames Verfahren, das beim Fehlschlagen der internen Medication in Anwendung gezogen zu werden verdient oder auch von vornherein neben interner Medication bei sehr starken Blutungen sich empfiehlt, habe ich durch Herrn Docenten Dr. Neumann kennen gelernt. Es besteht in gründlicher Ausspülung des Uterus mit einer Kaliumhypermangan-Lösung mittels Uteruskatheter und nachfolgender Tamponade des Uterus mit einem dünnen Jodoformgazestreifen. Die Erfolge sind ganz überraschend, besonders bei Endometritiden, bei welchen uns jede andere Therapie im Stich gelassen hatte.

Ich will schliesslich nicht unerwähnt lassen, dass Blutungen auch durch heisse Scheiden-Irrigationen günstig beeinflusst werden können. Bei der Einfachheit des Verfahrens lohnt sich in geeigneten Fällen jedenfalls ein Versuch.

So einfach dieser Apparat zur Blutstillung ist, so pflegt selbst eine starke Blutung auf vorerwähnte Behandlung zu stehen. Ist dies nicht der Fall, dann erst greife man zur Curette. Bekanntlich ist der Erfolg der Auskratzung auch nicht vollkommen sicher. Es gibt Fälle — allerdings gehört dies zu den selteneren Ereignissen — die auch durch die Curettage nicht geheilt werden, oder nur einen momentanen Erfolg gewähren, so dass man zur Wiederholung der Operation gezwungen ist. Dies gilt nicht nur für die Fälle von Veränderung des Endometriums bei Myomen, wo die persistirenden Myome von Neuem die Schleimhaut irritiren, sondern lässt sich besonders bei den klimakterischen Blutungen und den essentiellen Blutungen junger Mädchen beobachten. Klimakterische Blutungen haben sogar öfter schon zu energischeren Massnahmen, sogar zur Totalexstirpation des Uterus Veranlassung gegeben.

Recapituliren wir noch einmal kurz das Vorhergesagte, so müssen wir bei Ausführung der Curettage folgende Grundsätze beobachten:

1. Exacte Diagnosestellung,
2. Beschränkung auf die oben erwähnten Indicationen,
3. Berücksichtigung aller Contraindicationen,
4. vorheriger Versuch, der Blutung auf nichtoperativem Wege Herr zu werden.

Wer sich diese Grundsätze vor Augen hält, wird selten curettiren, aber dann mit gutem Gewissen und zum Heile seiner Kranken.

REFERATE.

Interne Medicin.

Ueber Magenatonie. Von Docent Dr. Alois Pick.

Bei der Therapie der Magenatonie kommt vor Allem als wichtigstes Moment die Entstehungsursache in Betracht. Da nach Vfs. Auffassung vor Allem der intraabdominelle Druck, bezw. seine Herabsetzung, somit der Erschlaffungszustand der Bauchwand in erster Linie für die Entstehung dieser Krankheit verantwortlich zu machen ist, so muss auch bei der Therapie in erster Linie denjenigen Behandlungsmethoden das Uebergewicht eingeräumt werden, welche geeignet sind, die Schwächezustände der

Bauchwand zu beheben und somit den intraabdominellen Druck zu steigern. Diese Methoden sind: die Massage, die Gymnastik, die elektrische Behandlung und die Hydrotherapie. Dann sind jene Momente zu berücksichtigen, welche die Autointoxication zu bekämpfen vermögen, das sind eine geeignete Diät und eine entsprechende antifermentative Medication. Soweit die Autointoxication in Frage kommt, wissen wir, dass der vegetabilischen Diät gewissermassen der Vorzug vor der animalischen gebührt, weil erstere weniger Veranlassung zur Autointoxication vom Darme aus gibt als die letztere. Doch haben einschlägige Untersuchungen gelehrt, dass es nicht nothwendig ist, rein vegetabilische Kost geniessen zu lassen, es genügt vielmehr, den animalischen Stoffen entsprechende Mengen von Vegetabilien beizumischen.

Von Medicamenten, welchen ein antifermentativer Einfluss zuzuschreiben ist, ist das Kreosot, Kreosotal, Resorcin, Ammonium sulfoichthyolicum und Menthol zu nennen. Oft genügt eine geringfügige Störung, um gewisse Gährungen aufzuhalten; und solchen Gährungen entgegenzutreten, sind wir in vielen Fällen durch die Darreichung von antifermentativen Mitteln im Stande. Das doppeltkohlensaure Natron, in hohen Dosen von Pfungen empfohlen, ist vor Allem in den Fällen mit starker Säurebildung und Hypersecretion indicirt. Von den physikalischen Behandlungsmethoden empfiehlt Vf. vor Allem die Massage, weil sie wie keine andere geeignet ist, in erster Linie auf die motorischen Functionen, insbesondere des Darmes zu wirken, und weil sie vor Allem im Stande ist, den Tonus der Bauchwand zu kräftigen. Das Gleiche gilt von der Gymnastik. Es sind vornehmlich jene Uebungen heranzuziehen, welche hauptsächlich darauf gerichtet sind, die Musculatur des Rumpfes zu kräftigen. Diese sind: 1. Das Erheben des Oberkörpers aus der horizontalen Lage mit unter den Kopf gelegten Händen, eine Uebung, die bis zur beginnenden Erschöpfung zu wiederholen ist. Falls die Patienten zu schwach sind, diese Uebung allein auszuführen, muss man zur Ermöglichung derselben die Füsse der Patienten durch einen leichten Druck fixiren. Späterhin können die Patienten diese Bewegung ausführen, ohne dass man ihnen in dieser Weise hierbei behilflich sein müsste. 2. Die zweite Uebung besteht darin, dass der Patient auf einer festen horizontalen Unterlage liegt und die Beine im Knie gestreckt gleichzeitig aus der Horizontalen in die Verticale erhebt, dann wieder senkt, wieder erhebt und dies einigemale wiederholt, ohne

die Unterlage mit den Fersen zu berühren. Ebensolche Bewegungen können mit Zuhilfenahme entsprechender Apparate vorgenommen werden, und man kann auf gleiche Weise durch die Apparatotherapie auf die Erhöhung des Tonus im Abdomen einwirken.

Bei der elektrischen Behandlung bedient sich Vf. der Faradisation, der er vor der Galvanisation den Vorzug einräumt. Er verwendet die Faradisation entweder in Form der faradischen Rolle, so dass eine 10 cm lange und 5 cm breite Elektrode auf das Hypogastrium aufgelegt und die andere, als Massirrolle armirte Elektrode kräftig über das Abdomen gestrichen wird, oder er nimmt ganz gleich grosse Elektroden von 10 cm Länge und 5 cm Breite mit Griffen; die eine wird über dem linken Hypochondrium, die andere in der Magengegend aufgelegt, dann wird die secundäre Rolle des Inductionsapparates rasch hin und her bewegt, der primären genähert und von derselben entfernt, wodurch man kräftige Contractionen und Erschlaffungen der Bauchwandung erhält. Dieses Verfahren ist besonders geeignet, den Tonus der Musculatur zu heben. Dann wechselt man die Stellen, legt die Elektroden an anderen Partien des Abdomens an und verfährt in gleicher Weise.

Bei der Bestimmung der Diät der Atoniker muss in erster Linie individualisirt werden, denn es gibt keine allgemeine Diätregel, die für alle Atoniker geeignet wäre, ebenso wie es keine allgemeine Diät für sämmtliche Magenkatarrhe gibt. Im Allgemeinen gibt man bei schweren Insufficienzen motorischer Art der breiigen Kost den Vorzug. Bei motorischer Insufficienz geringeren Grades einfach gemischte Kost, mit Ausnahme von blähenden Speisen, wie Kohl, Gurken, Rettig; im Uebrigen gemischte Kost, anfangs in kleinen, dann in entsprechend grösseren Quantitäten. Vf. legt auch dort, wo er mit breiiger Kost beginnt, das Hauptgewicht darauf, bald zur gemischten Kost überzugehen. Die Hauptsache ist, lieber öfter im Tage und nicht zu viel auf einmal geniessen zu lassen.

Was das Trinken betrifft, kann man den Patienten ganz anstandslos den Genuss gewisser Mengen von Flüssigkeit, bis 2 l im Tage, gestatten. Eine vollkommene Entziehung von Flüssigkeit hält Vf. für entschieden contraindicirt, weil wir dadurch direct Ernährungsstörungen hervorrufen können. Manche Patienten werden nur aus diesem Grunde nervös und besonders reiz-

bar, weil sie bei solchem Regime von immerwährendem Durstgefühle geplagt sind und ihre Ernährung darniederliegt. Die Flüssigkeitsentziehung ist nur dort am Platze, wo höhergradige Hyperästhesie gegen Flüssigkeit vorhanden ist, wo die Kranken feste Nahrung ganz gut vertragen, dagegen Flüssigkeit erbrechen. Dem Mangel der Flüssigkeitsaufnahme per os wird man dadurch begegnen, dass man die Flüssigkeit per rectum einführt, d. i. zu Nährklystieren als der zur Unterstützung der trockenen Diät nothwendigen Form der Flüssigkeitszufuhr Zuflucht nimmt. Klystiere, welche reichlich Flüssigkeit enthalten: Bouillonklystiere. Man kann sich leicht überzeugen, dass man hierdurch grössere Mengen von Flüssigkeit zur Resorption bringen, der Wasserverarmung des Organismus wesentlich entgegenarbeiten, ja sogar diese verhüten kann. — (Wien. med. Presse Nr. 6 u. 7, 1902.)

Ueber Aspirin und seine Anwendung in der Praxis. Von Dr. Karl Gassner.

Das Aspirin ist insofern nur eine modificirte verbesserte Salicylsäure, als es aus dieser durch Einführung einer Acetylgruppe an Stelle eines Wasserstoffatoms erhalten wird. Die angehängte Acetylgruppe bedingt eine ganz wesentliche Veränderung der Wirkung des Präparates, indem es bloss in alkalischen Flüssigkeiten gelöst wird und darin nach kurzer Zeit in seine beiden Bestandtheile Salicylsäure und Essigsäure zerfällt. Daraus wurde der Schluss gezogen, dass dieser Ester der Salicylsäure den Magen ziemlich unverändert durchwandert und erst im alkalischen Darmsaft gelöst und gespalten wird, worauf die Salicylsäure resorbirt wird. Dies erklärt die bessere Verträglichkeit des Aspirins: es wirkt, da es erst im Darm gespalten wird, auf die Magenschleimhaut nicht reizend und ruft infolge dessen weder Ohrensausen, noch Schwindel, Magendrücken oder Erbrechen hervor. In manchen Fällen zeigte allerdings auch das Aspirin geringe Nebenwirkungen, aber nicht in dem Masse, wie das Natronsalicylat. Die Nebenwirkungen bestanden in der Regel in einer gewissen Empfindlichkeit in den Ohren, ohne dass es zum Ohrensausen gekommen wäre, mitunter auch in Magendrücken. In solchen Fällen hat Vf. mit der Darreichung von Aspirin in kalter Milch gute Erfahrungen gemacht. Auch lässt er das Mittel in Wasser aufgeschwemmt, mit Zucker und etwas Citronensaft als Limonade nehmen. Endlich kann man in ausgesprochenen Fällen von Anacidität auch etwas Salzsäure hinterher nehmen lassen. Im Allge-

meinen pflegt er das Mittel in Pulverform in Oblaten zu verschreiben, oder aber in Form der Aspirin-Tabletten.

Vf. hat das Mittel nicht nur bei acutem und chronischem Gelenksrheumatismus, sowie Muskelrheumatismus, Neuralgien, Ischias und Gicht mit Erfolg angewandt, sondern überhaupt bei fieberhaften Erkrankungen. Die Wirkung war fast immer eine vorzügliche, jedenfalls mindestens ebenso gute, wie beim Natronsalicylat, in vielen Fällen aber schien sie intensiver zu sein. Bei Influenza wurden die Schmerzen rasch beseitigt, das Allgemeinbefinden wurde sehr günstig beeinflusst und die Dauer der Erkrankung wesentlich abgekürzt. Auch prophylaktisch ist das Aspirin bei Influenza entschieden von Nutzen: Vf. lässt Abends 1—2 Pulver zu 1 g oder $^1/_2$ g nehmen, worauf in der Regel ruhiger Schlaf erfolgt und das Befinden schon in 1—2 Tagen normal wird. Bei ausgesprochener Influenza sind stärkere Dosen, 3—4 g pro die, meist in den Nachmittags- und Abendstunden zu nehmen, erforderlich. Die ungleich bessere Wirkung des Aspirins gegenüber dem salicylsauren Natron ist einerseits auf das fast gänzliche Fehlen von Nebenwirkungen, andererseits auch auf den Umstand zurückzuführen, dass das Aspirin das Herz nicht beeinflusst. Nach einer Beobachtung von Philippi soll überdies die Ausscheidung des Aspirins weit langsamer vor sich gehen, als die des Salicyls, was auch ein Grund für anhaltendere Wirkung wäre. In Bezug auf Diaphorese scheint das Aspirin nicht so intensiv zu wirken wie das Natronsalicylat.

Als Analgeticum dürfte das Aspirin dem Salicyl überlegen sein. Dies zeigt sich besonders bei acuten Gelenksaffectionen und bei Neuralgien, insbesondere bei Intercostal- und Trigeminusneuralgie, wo der Effect schon nach 1—2 Gaben zu 1 g eintritt. Auch bei acuter Ischias war Vf. mit der Wirkung stets zufrieden, weniger in chronischen Fällen. Bei acuten Gichtanfällen leistet das Aspirin zur Coupirung der Schmerzen ausgezeichnete Dienste, es muss in grösseren Dosen, 3—4 g pro die, gegeben werden, am besten Nachmittags in Zwischenräumen von 1—2 Stunden. Das Aspirin coupirt sehr prompt den beginnenden Schnupfen, wenn man Abends ein Pulver zu 1 g nimmt. Bei schon ausgebrochenem Schnupfen wirkt es lindernd und kürzt die Dauer der Affection bedeutend ab. In diesen Fällen genügen meist 1—2 g pro die, Abends vor dem Schlafengehen zu nehmen. Bei der nervösen Form der Influenza wirkt das Aspirin in ähnlicher Weise beruhi-

gend und schmerzstillend. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 51, 1901.)

Heilstätten- und Tuberculin-Behandlung in gegenseitiger Ergänzung. Der gegenwärtige Stand der Tuberculin-Behandlung. Von Dr. J. Petruschky.

Vf. stellt am Schlusse seiner Abhandlung folgende Thesen auf: I. Die Erfahrungen über die diagnostische und therapeutische Verwendbarkeit des Tuberculins sind durch die jahrelangen Bemühungen weniger Autoren soweit gefördert, dass es dem wohl informirten Arzte jetzt möglich ist, Missgriffe bei der Anwendung des Tuberculins zu vermeiden. II. Die Combination der physikalisch-diätetischen Behandlungsmethode mit der Tuberculin-Behandlung in Etappen ist zur Zeit die empfehlenswertheste Methode der Behandlung nicht zu vorgeschrittener Lungentuberculose. III. Die Frühdiagnose mittels Tuberculin ist in weitestem Umfange anzustreben. IV. Zur wirksamen Organisation der Tuberculose-Bekämpfung sind Untersuchungsanstalten für Tuberculose-Verdächtige und Heimstätten für Tuberculose-Invaliden unentbehrlich. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5, 1902.)

Entfettungsmethoden französischer Autoren. Von Prof. Dr. E. Heinrich Kisch.

Dancel legt das Hauptgewicht darauf, dass die Fettleibigen den Bibendi appetitus einschränken, er hält das reine Wasser für das schädlichste Getränk. Die Flüssigkeitsmenge, welche ein Fettleibiger, der abzunehmen wünscht, geniessen darf, schränkt Dancel auf 800 g Wasser und Wein zusammen täglich ein und gestattet ausserdem zweimal des Tages eine kleine Tasse schwarzen Kaffee. Heutzutage wissen wir, dass eine solche Beschränkung der Wasseraufnahme bei Fettleibigen durchaus nicht in breiter Verallgemeinerung oder in sehr strenger Weise durchgeführt werden darf und dass eine Durstcur ebenso wie eine Hungercur das Fett zwar zum Schwinden bringt, aber dabei die Leistungsfähigkeit der Organe herabsetzt. Bei der plethorischen Form der Fettleibigkeit, also der grossen Zahl der Fälle, zu der die Wohlleber, die meisten hereditär Fettleibigen, die Frauen des klimakterischen Alters, eine gewisse Art Alkoholiker gehören, hält Vf. die Wasserentziehung für contraindicirt und nur bei solchen Personen, bei denen ein habitueller Missbrauch durch ungewöhnlich starken Genuss von Wein, Bier oder auch Wasser stattfindet, hat eine Herabminderung der Flüssigkeitszufuhr Berechtigung. Bei anämischen Fettleibigen

hingegen, bei denen die Wassermenge des Gesammtkörpers im Gegensatze zur plethorischen Form vermehrt ist, möchte Vf. gegen eine mässige Herabsetzung der Quantität der Getränke nichts einwenden. Wirklich nutzbringend ist die systematisch durchgeführte Wasserentziehung bei Fettleibigen, bei denen bereits hydrämische Beschaffenheit des Blutes zustande gekommen ist, wo durch Vorschreiten des Fettes auf das Myocardium Herzinsufficienz und Stauungserscheinungen im gesammten Gebiete des Körpernervensystems auftreten.

Albert Robin unterscheidet die Fettleibigkeit nach der Analyse des Harnes in zwei verschiedenen Formen, je nachdem die Menge des Harnstoffes grösser ist als im physiologischen Mittel oder nicht. Es würde dementsprechend Fettleibige geben, bei denen die Zellenthätigkeit eine lebhaftere, und solche, bei denen die Zellenthätigkeit herabgesetzt ist: Fettleibigkeit durch Excess und durch Mangel. In den ersteren Fällen herrsche eine mehr active Ernährung vor, sie assimiliren in excessiver Quantität, während in den anderen Fällen die Fettleibigen nicht in genügender Menge desassimiliren. Nach diesem unterscheidenden Momente soll auch die Behandlung der Fettleibigkeit sich richten. So soll man in den Fällen von übermässiger Assimilation den sehr reichlichen Wassergenuss untersagen, diesen letzteren aber anrathen für Fettleibige mit ungenügender Desassimilation.

Germain Sée empfiehlt den Fettleibigen im Allgemeinen viel zu trinken, wobei er Kaffee und Thee besonders bevorzugt. Er will, dass die Fettleibigen zum Frühstück und zwischen den einzelnen Mahlzeiten warmen Thee trinken, ausserdem Wasser, Limonaden, Säuerlinge. Betreffs der Ernährung bevorzugt er ein Regime, in welchem die Eiweissstoffe und Fett in normalen Verhältnissen, und zwar für den Tag 120—130 g Eiweiss und 60—90 g Fett. geboten werden, die Kohlehydrate aber in wesentlich geringerer Menge enthalten sind. Gemüse können in beliebiger Quantität genossen werden.

Bouchard legt ein Hauptgewicht bezüglich der Ernährung der Fettleibigen auf Entziehung von Fett in der Kost derselben. überdies auf eine Unterernährung in quantitativer Beziehung. Um eine solche quantitativ ungenügende Ernährung zu bieten, welche aber doch die zur Erhaltung nöthigen normalen Nährstoffe, nämlich Eiweiss, Kohlehydrate, Salze, auch Fett enthält, empfiehlt er als Hauptnahrungsmittel Milch und Eier, vorausgesetzt, dass sie nicht

in solcher Menge gegeben werden, welche den Stoffansatz fördert. B. verordnet deshalb den Fettleibigen 1250 g Milch und 5 Eier, eingetheilt in 5 Mahlzeiten; keine andere Speise, kein anderes Getränk soll hierbei genossen werden. Dieses Regime soll 20 Tage dauern. Der Gewichtsverlust soll hierbei 300—350 g pro Tag, 6—7 kg in 20 Tagen betragen. Nach dieser Zeit soll dann der Fettleibige noch durch mehrere Wochen eine etwas mannigfaltigere, aber stets bezüglich Menge der Getränke und Beschaffenheit der Speisen eingeschränkte Kost erhalten. Um den Stoffwechsel weiter anzuregen, sollen Hautreize angewendet werden, trockene und aromatische Frictionen der Haut, hydriatische Proceduren, kalte Bäder, Seebäder, ferner heisse Bäder.

Dujardin-Beaumetz gibt ein Entfettungsverfahren an, welches sich dem Oertel-Schwenninger'schen Verfahren anschliesst. Sein Kostausmass verlangt für den Tag 55—60 g Eiweiss, 30—40 g Fett, 95 g Kohlehydrate.

Betreffs der Getränke lässt Dujardin-Beaumetz, wenn während der Mahlzeit getrunken wird, die Flüssigkeitsmenge auf 300 g beschränken, und zwar Rothwein oder Weissweine oder Säuerlinge, wenn aber der Fettleibige bei Tische nicht trinkt, so ist ihm erlaubt, mehr Flüssigkeit aufzunehmen, zwei Stunden nach der Mahlzeit leichten Thee ohne Zucker. Er verbietet absolut Liqueure, Branntwein, Bier; hingegen gestattet er zuweilen eine Tasse schwarzen Kaffee nach dem zweiten Frühstück. Bezüglich der Nahrungsmittel werden die sehr wasserreichen Speisen, besonders Suppe, untersagt, Eier, Fische, Fleisch, grüne Gemüse, Früchte bevorzugt, von Brotarten jene gestattet, bei denen die Kruste den grössten Theil bildet, süsses Gebäck verboten.

Proust und Mathieu stellen als diätetisches Regime für Fettleibige drei abgestufte Kostordnungen auf. Die erste Stufe stellt die normale zur Erhaltung nothwendige Menge der Nährstoffe auf: In der Ruhe 100 g Eiweiss, 45 g Fett, 320 g Kohlehydrate, bei starker Bewegung 110—120 g Eiweiss, 50 g Fett, 400 g Kohlehydrate. Diese Kostordnung wird für Fettleibige, welche an eine sehr reichliche Kost gewöhnt sind, hinreichen. Genügt diese Ernährung nicht, um Entfettung zu bewirken, so wird man die zweite Stufe nehmen, welche in der Ruhe 100 g Eiweiss, 45 g Fett und 300 g Kohlehydrate bietet. Und wenn durch dieses Regime keine genügende Abnahme des Körpergewichtes erzielt wird, so schreitet man zur dritten Stufe und bietet in Ruhe 100 g Eiweiss,

30 g Fett und 135 g Kohlehydrate, bei starker Körperbewegung 110—150 g Eiweiss, 55 g Fett, 250 g Kohlehydrate.

Dumont gibt folgende für den gewöhnlichen Typus der Fettleibigen von 25—40 Jahren, bedroht von Fettherz, giltige Verordnungen der Ernährung. Gewöhnliche erlaubte Nahrungsmittel:

Klare, leichte Suppen, am besten mit Kräutern, rothe, gut gebratene Fleischsorten, Roastbeef, geräucherte Zunge, Schinken, Nieren, gekochtes Fleisch, weisses Fleisch, Geflügel, Kalbfleisch, Hase, frische Fische, gebratene Fische, Austern, grüne Gemüse, gekocht in gesalzenem Wasser, Salate, Lattich, Spargel, Artischocken, Kresse, Radieschen, Champignons, rohe und gekochte Früchte in grossen Mengen, Orangen und Citronen. Leichter Thee, Milch ohne Sahne, eine Flasche Wein des Tages, Mittags weissen leichten Wein, Abends rothen Bordeaux, gemischt mit einem Säuerling, im Sommer Apfelwein.

Nahrungsmittel, welche nur in sehr geringen Mengen genossen werden sollen: Brot, Biscuit, Graupensuppe; frisches Schweinefleisch, Fische mit fettem Fleische (Aal, Karpfen, Lachs, Häring), Hirn, Kalbsbries; Caviar, Conserven, marinirte Delicatessen, Gewürze, Essig, Backwerk; Bouillon, Eier, Butter, frischer Käse; Reis, Blumenkohl, Carotten, Spinat, Tomaten, Sellerie, Gurken, Kartoffeln, Rhabarber; Gefrorenes, Feigen, ölige Früchte (Nüsse, Oliven, Mandeln); leichtes Bier, reine Milch, Kaffee, Champagner, Liqueure.

Verbotene Nahrungsmittel: Alle fetten, stärkemehlhaltigen Substanzen, gesüsste Speisen, frisches Brot, Maccaroni, Tapioca, Sago, dicke Suppen; fettes Fleisch und Geflügel, Ragouts, Pasteten, Hachées, Gelatinen; fette Leber, Hasen, alter Käse; Fett, Oel, Saucen; mehlige Gemüse, Hülsenfrüchte, Kartoffeln, zumeist Kastanien; Zucker, Honig, Chocolade, Patisserie, Crême, Kuchen, Pudding, Confituren, Compot, Syrup; bairisches Bier, süsser Champagner, süsse Weine, Spirituosen (Cognac etc.).

Es sollen nur drei Mahlzeiten des Tages mit einem Zwischenraum von je fünf Stunden genommen werden, in der Zwischenzeit darf keine feste Nahrung genommen werden. Die Mahlzeiten sollen folgende Norm bieten: Frühstück: eine Tasse Milch, kaltes Fleisch, Thee; Mittag: reichliche Mahlzeit; warmes Fleisch, grüne Gemüse, Früchte in grosser Menge, weisser Wein; Abendessen: Ei, Fleisch oder Fisch, frischer Käse, Früchte, rother Wein. Die tägliche Gesammtmenge aller Getränke soll nicht 1 l übersteigen.

Brot nicht mehr als täglich 200 g, Fleisch 300 g, Gemüse und Früchte 500 g. Zweimal wöchentlich ein Bad von 32° und halbstündiger Dauer mit nachfolgender Regendouche von gleicher Temperatur. Angemessene Bewegung, nicht rauchen, nach Tische gar nicht schlafen, bei Nacht 7—8 Stunden Schlaf. — (Therap. Monatsh. Nr. 1, 1902.)

Indicationen und Contraindicationen des Radfahrens. Von Dr. Leo Zuntz. (Schluss.)

Bei Kranken mit Herzfehlern und mit Arteriosklerose ist das Radfahren im Sinne eines ohne ärztliche Aufsicht ausgeübten Sports contraindicirt. Besondere Vorsicht wird man auch da walten lassen müssen, wo das Herz durch überstandene Infectionskrankheiten, namentlich Scharlach, Diphtherie und Influenza geschwächt ist. Aber in der Hand des Arztes ist es ein vorzügliches Hilfsmittel der Widerstandsgymnastik. Derartige Kranke sollte man nie auf offener Strasse fahren lassen, da ein plötzlich einsetzender Wind die Arbeit über das zulässige Mass steigern kann. Häufige Controle des Pulses und der Athmung werden eine Ueberanstrengung des kranken Organs verhüten, wovor das subjective Gefühl den Kranken nicht bewahrt.

Von ganz ausserordentlichem Einfluss ist der Luftwiderstand. Um den namentlich bei grossen Geschwindigkeiten so bedeutungsvollen Luftwiderstand zu verkleinern, wird die dem Winde entgegenstehende Fläche möglichst verkleinert. Daraus resultirt die Herzthätigkeit und Athmung erschwerende Rennhaltung, vor der man nicht eindringlich genug warnen kann. Ist man auf Tourenfahrten gezwungen, gegen starken Wind zu fahren, so kann die Ausathmung sehr erschwert, fast unmöglich sein. Doch genügt dann ein Senken allein des Kopfes. In geringem Masse ist der Stoffverbrauch auch abhängig von der Sattelstellung. Es wird am ökonomischsten gearbeitet, wenn dieselbe derartig ist, dass das Knie dauernd leicht gebeugt bleibt und der Fuss niemals in stärkste Plantarflexion gebracht wird.

Hand in Hand mit dem vermehrten O-Verbrauch und der dadurch gesteigerten Herzthätigkeit geht naturgemäss eine ausserordentlich verstärkte Athmung. Dieselbe wirkt gleichzeitig unterstützend auf den Kreislauf, indem bei tiefer Inspiration das Venenblut angesaugt, durch die Exspiration die Entleerung des Herzens erleichtert wird. Man wird daher das Radfahren mit Vortheil verwenden bei Personen mit

schwach entwickeltem Brustkasten, phthisischem Habitus, vor Allem aber zur Dehnung pleuritischer Schwarten. Auch bei beginnender Phthise wird von günstigen Erfolgen berichtet. Doch scheint hier die Anwendung gewagt und wird auch fast allgemein widerrathen. Vorgeschrittene Phthisen verbieten jedenfalls das Radfahren unbedingt. Die Wirkung auf Bronchitiden wird davon abhängen, wie weit sich Staubinhalationen vermeiden lassen, was insofern schwierig ist, als der Radfahrer meist an die Chausséen gebunden ist. Contraindicirt ist das Radfahren bei Emphysematikern. Die Frage, ob nicht das Radfahren durch die dauernde Lungendehnung die Entstehung von Emphysem begünstigen kann, ist wenigstens für sehr eifrige Jünger dieses Sports nicht von der Hand zu weisen.

Der hohe Stoffverbrauch führt zu einer starken Schweisssecretion. Bei zweckentsprechender Kleidung wird die Haut in ihren wichtigen Functionen gekräftigt und die Empfindlichkeit des Organismus für Erkältungsgefahr in ähnlicher Weise vermindert, wie durch Kaltwasserproceduren.

Von vielen Autoren wurden infolge des Radfahrens im Urin Eiweiss und Cylinder gefunden. Diese Erfahrungen werden das Radfahren bei allen Formen der Nephritis verbieten; und man wird bei allen denjenigen Personen den Urin sorgfältig überwachen müssen, die erfahrungsgemäss zu Albuminurie neigen, so namentlich bei Fettleibigen und Reconvalescenten nach Infectionskrankheiten.

Günstige Wirkungen übt der Sport auf Erkrankungen des Verdauungsapparates, auf den Appetit und auf den Stuhlgang bei der chronischen Obstipation der Frauen. Wie der gesammte neurasthenische Zustand, so werden auch nervöse Dyspepsien durch mässiges Radfahren in günstigster Weise beeinflusst. Die Einwirkungen auf den Verdauungsapparat werden durch verschiedene Momente bedingt, einmal durch die Steigerung des gesammten Stoffwechsels und die damit einhergehende Anregung des Darms, dann durch die directe Massage des Leibes infolge der Erschütterung beim Fahren und der Hebung der Beine, vor Allem aber durch die Aenderung in der Blutvertheilung. Hämorrhoiden werden in günstigster Weise beeinflusst. Nach Lucas-Championnère soll das Radfahren Hernien zur Heilung bringen können.

Dieselben Factoren wie bei den Bauchorganen kommen auch bei den weiblichen Genitalien zur Geltung, Massage infolge der

Erschütterung des gesammten Körpers und der Bewegung benachbarter Muskeln und Veränderungen der Circulation. Man müsste einen günstigen Einfluss sehen bei chronischer strangförmiger Parametritis und bei perimetritischen Adhäsionen ohne stärkere entzündliche Affection der Adnexe. Die vorliegenden Beobachtungen widersprechen sich zum Theil. Zu verbieten ist das Radfahren unbedingt bei allen acuten Entzündungen, bei denen wir antiphlogistisch verfahren, wegen der unvermeidlichen Zerrung der Organe, ferner zur Zeit der Menses und während der Gravidität. Auf die äusseren Genitalien kann vor Allem durch unzweckmässige Form der Sättel eine ungünstige Einwirkung ausgeübt werden.

„Wenn in den letzten Jahren das Radfahren nicht nur keine weitere Verbreitung gefunden, sondern sogar viele Anhänger verloren hat, wenn also seine intensive Ausübung, wie die so manchen anderen Sports, sich als Modesache erweisen sollte, so müssen wir dies vom ärztlichen Standpunkte aus entschieden bedauern. Haben wir auch manche Schädigung durch übertriebene Ausübung, manche Contraindication kennen gelernt, so ist es doch im Ganzen ausserordentlich geeignet, den Körper zu kräftigen und zu stählen gegen die immer wachsenden Schädigungen namentlich des Nervensystems durch das moderne Leben. Was hiergegen vor Allem noth thut, ist ausgiebige Körperbewegung in frischer Luft fern vom Getriebe der Grossstadt, und dazu bietet gerade das Rad auch vermöge seiner Billigkeit den weitesten Schichten der Bevölkerung Gelegenheit.“ — (Fortschr. d. Medic. Nr. 27 u. 28, 1901.)

Chirurgie.

Zur Deckung von Defecten der Nasenflügel. Von Prof. Dr. Fritz König.

Behufs Deckung von verloren gegangenen Theilen der Nasenflügel stellt uns die plastische Chirurgie eine grosse Anzahl von Verfahren bereit, welche aber alle gewisse Nachtheile haben. Am meisten ins Gewicht fällt der Umstand, dass die zur Plastik nothwendige Haut aus dem Gesichte entnommen werden muss, was wieder zu Narben führt, die entstellend werden können. Erschwert wird die Plastik noch dadurch, dass die Lappen auf beiden Seiten mit Epidermis bekleidet sein sollen, daher meistentheils gedoppelt werden müssen.

Diesen Uebelständen hat Vf. abgeholfen, indem er zu einer Plastik des Nasenflügels einen ungestielten Lappen aus der ganzen Dicke der Ohrmuschel entnahm. Der infolge Excision eines lupösen Herdes entstandene Defect war $1^1/_2$ cm lang, 1 cm hoch; der aus der Ohrmuschel excidirte Lappen wurde ein wenig grösser bemessen (2 × 1·5 cm), schrumpfte aber so weit zusammen, dass er in den Defect genau hineinpasste. Der Effect war der, dass ein circa 1 mm breiter Streifen des Lappens nekrotisch wurde (vielleicht infolge der Naht), der übrige Theil hingegen ganz einheilte und weder in der Farbe, noch im Niveau von dem Nasenflügel abwich. — Der Defect in der Ohrmuschel wurde sofort adaptirt und genäht. Vf. hat auch an anderen Körperstellen ungestielte Knorpelstücke zur Deckung von Defecten mehrmals mit gutem Erfolge benützt und weist darauf hin, dass der Knorpel, da er gefässlos ist, sogar unter schlechteren Ernährungsverhältnissen leben kann, als andere Gewebe. Die Plastik von Nasendefecten vermittels ungestielter Lappen aus der Ohrmuschel ist die physiologischste, da sie ganz analoges Material in allen drei Schichten an die Stelle setzt, ausserdem ist sie die einfachste, weil sie keine Narben in der Nähe des Defectes setzt und endlich im Falle, dass sie nicht gelingen sollte, keine von den anderen Methoden dadurch verhindert wird. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 7, 1902.)

Ueber die durch Spontanruptur der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle bedingte Peritonitis und ihre Behandlung. Von Prof. Dr. Fritz König.

Bei einer 70jährigen Frau, welche unter den Erscheinungen der diffusen Peritonitis erkrankte, fand Vf. bei der aus diesem Anlasse am dritten Tage der Erkrankung vorgenommenen Laparatomie gallig gefärbte Flüssigkeit und mehrere Gallensteine in der freien Bauchhöhle; die Gallenblase selbst zeigte eine Perforationsöffnung, die momentan durch einen Gallenstein verstopft war. Vf. entschloss sich nun zur Exstirpation der Gallenblase, die in Anbetracht der geringen Verwachsungen rasch ausgeführt wurde. Da die Bauchhöhle frei von Eiter war, konnte Vf. nach gehöriger Reinigung derselben von der galligen Flüssigkeit auf jede Drainage verzichten und schloss die Laparatomiewunde vollständig. Patientin genas.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht Vf. die bis nun geübte Therapie der Gallenblasenperforation und verwirft die früher geübte Wiedervereinigung der Perforationsöffnung; als die radi-

calste Methode gilt ihm die Exstirpation der Gallenblase, welche Operation auch noch den Vortheil hat, ziemlich schnell ausgeführt werden zu können. Da die Wand der Gallenblase immer verändert ist und oft sogar grosse Geschwüre aufweist, ist die Naht der Perforationsöffnung unthunlich, weil sie gewöhnlich noch innerhalb pathologischen Gewebes angelegt werden muss.

Was endlich die Versorgung der Bauchwunde anbetrifft, tritt Vf. für den vollständigen Verschluss der Bauchhöhle ein, in allen Fällen, wo die Entzündung am Bauchfell nicht zu heftig ist; nur in verschleppten Fällen, oder wo dem Durchbruch eine schwere Infection der Gallenblase vorausgegangen ist, soll nach Exstirpation der Gallenblase die Bauchhöhle mit Jodoformgaze drainirt werden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7, 1902.)

Der Circulärschnitt am Oberschenkel bei der operativen Behandlung der Varicen und des Ulcus cruris. Von Dr. C. Wenzel.

In 26 Fällen von Varicen und Ulcus cruris varicosum seiner Praxis erreichte Vf. mit dem Circulärschnitt glänzende Erfolge und sah die Geschwüre trotz früheren langjährigen Bestandes in kürzester Zeit heilen, ohne dass sich ein Recidiv eingestellt hätte.

Das Operationsverfahren ist einfach und besteht in Folgendem: Nach gehöriger, mehrtägiger Vorbereitung der Haut wird entweder in allgemeiner oder localer Anästhesie die Haut an der Grenze des mittleren und unteren Drittels des Oberschenkels mittels Circulärschnittes durchtrennt. Die Incision muss langsam und vorsichtig vorgenommen werden, um die Hautnervenästchen schonen zu können, damit keine Anästhesien entstehen; die letzteren haben übrigens keine besondere Bedeutung, da über kurz oder lang die Sensibilität sich wieder herstellt. Die Venen werden einzeln in einer Länge von 3—5 cm herauspräparirt und nach doppelter Unterbindung excidirt. Selbst die kleinsten Gefässe müssen excidirt werden, da sonst in kurzer Zeit infolge Erweiterung der kleinsten Gefässe der durch die Operation gewonnene Erfolg leicht vereitelt werden könnte. Der Schnitt muss circulär um die ganze Extremität geführt werden, damit die Circulation durch die oberflächlichen Gefässe sicher unterbrochen werde. Nach Versorgung aller Gefässe wird die Wunde durch Hautnähte wieder vereinigt und ohne Drainage verbunden. Trockener Verband und darüber eine Flanellbindeneinwicklung von den Zehen bis zum Becken; Hochlagerung der Extremität. Vf. hat in allen so ope-

rirten Fällen Heilung per primam erzielt und die Patienten am 12.—14. Tage nach der Operation aufstehen lassen. Die Patienten mussten dann noch 3—4 Wochen einen festsitzenden Schutzverband zur Unterstützung der Narbe und Regelung der Circulation tragen und auf diese Weise konnte jedes Oedem vermieden werden.

Falls ein Ulcus cruris bestand, musste während der Nachbehandlung darauf Rücksicht genommen werden, dass der Verbandwechsel des Geschwüres von dem Verbandwechsel der reinen Operationswunde zeitlich getrennt werde, damit keine Infection der Wunde eintrete. Am besten ist es, mit dem Verbandwechsel bis zur Entfernung der Nähte zu warten, was umso leichter möglich ist, als nach der Unterbrechung der oberflächlichen Circulation die Secretion des Geschwüres minimal wird. Die Geschwüre heilen dann unter jedem Verband in der denkbar kürzesten Zeit.

Nach Ansicht des Vfs. ist die Operation überall dort angezeigt, wo der Abfluss von Blut und Lymphe in der Haut der unteren Extremität dauernd behindert ist, also bei Varicen und varicösen Geschwüren, bei chronischer Phlebitis, Periphlebitis und Thrombophlebitis nebst deren Begleit- und Folgeerscheinungen. Contraindicirt ist der Circulärschnitt bei Unwegsamkeit der tieferen Blutbahnen, oder wenn Zweifel über deren Wegsamkeit bestehen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6, 1902.)

Vermeidbare Appendicitiscomplicationen. Von Prof. Dr. Ochsner.

Wenn der Krankheitsprocess den Wurmfortsatz überschreitet, kommt es zu den schwersten Complicationen von Seiten des Peritoneums und anderer Organe (Peritonitis diffusa und circumscripta, Empyem der Gallenblase, Leberabscess, Pleuraempyem, Endokarditis, pyämische Metastasen etc.). Es muss nun bei der Erkrankung des Processus vermiformis eine Zeit geben, wo der Krankheitsprocess nur auf den Wurmfortsatz beschränkt ist und Resection des Processus innerhalb dieses Zeitraumes wäre im Stande, alle Complicationen hintanzuhalten; nach der Erfahrung der meisten Autoren beschränkt sich diese Zeit auf die ersten 36 Stunden nach Beginn des Anfalles, und daher treten viele Chirurgen für die Operation innerhalb dieses Zeitabschnittes ein.

Bezüglich der Fälle, die zu spät zur Operation im Anfalle und zu früh für die Operation im Intervall in Behandlung kommen, hat Vf. während einer langen Reihe von Jahren in Erfahrung

gebracht, dass die Entzündung in fast allen Fällen eng umschrieben bleibt, wenn man absolut keine Nahrung per os reicht. Das Netz legt sich sofort um den entzündeten Processus vermiformis, die Ileocöcalklappe schliesst sich, so dass weder Gaze noch anderer Inhalt in den Blinddarm gelangt und der Darm bleibt absolut ruhig. Das Netz ist so gut mit Blut- und Lymphgefässen versehen, dass auch, wenn der Processus vermiformis gangränös ist, doch keine Gefahr einer diffusen Peritonitis existirt, so lange nicht die peristaltischen Bewegungen des Dünndarmes störend einwirken.

Zur Hintanhaltung der Peristalstik lässt Vf. auch Magenausspülungen machen, wenn Brechreiz vorhanden ist; Nährklysmen werden vierstündlich gegeben und per os werden nur kleine Mengen heissen Wassers in kurzen Intervallen gereicht.

Mit dieser Behandlung gelang es Vf. in vielen Fällen, den Process zum Stillstand zu bringen, so dass dann die Operation im Intervall unter günstigen Bedingungen ausgeführt werden konnte. Wie die bei der späteren Operation erhobenen Befunde zeigten, blieb der Process auch bei Gangrän des Wurmfortsatzes beschränkt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1902.)

Das Verhalten des Blutdruckes beim Menschen während der Aether- und der Chloroform-Narkose. Von Dr. Bläuel.

An einer grossen Anzahl von Narkotisirten hat Vf. während der ganzen Dauer der Narkose mit dem Gärtner'schen Tonometer den Blutdruck gemessen und die Resultate, die man vom Thierexperiment kennt, auch für den Menschen bestätigen können. Er fand nämlich, dass der Aether den Blutdruck auch bei schwächlichen Individuen erhöht und dass diese Erhöhung während der ganzen Dauer der Narkose erhalten bleibt, während Chloroform den Blutdruck um ein Bedeutendes herabsetzt und dass sehr tiefe Blutdruckerniedrigungen bei diesem Anästheticum ohne jedes vorherige Anzeichen auftreten können. Da also der Aether den Circulationsmechanismus unterstützt, während Chloroform ihn schädigt, gibt Vf. der Aethernarkose den unbedingten Vorzug vor der Chloroformnarkose. — (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 31, Nr. 2.)

Zur Behandlung der Ischias. Von Oberarzt Dr. Hölscher.

Vf. behandelt seit 10 Jahren die schweren Fälle von Ischias, die mit ihren immer wiederkehrenden Recidiven jeder internen und mechanischen Therapie trotzen, durch breite Freilegung des Nerven nach seinem Austritte aus der Incisura ischiadica und mehrtägiges

Auflegen eines Gazetampons, welcher in 5%iger Carbolsäure getränkt war. Der Erfolg war immer gut. Unter 15 Fällen erlebte Vf. nur zwei Recidive und diese betrafen Patienten, bei welchen Vf. den Nerven nicht ganz blossgelegt hatte, sondern noch eine dünne Muskelschichte stehen liess, so dass die Nerven nicht unter der unmittelbaren Carbolwirkung standen. Eine zweite Operation beseitigte das Recidiv. In fast allen Fällen konnten die Patienten nach dem Erwachen aus der Narkose das Bein schmerzlos bewegen, nach einigen Stunden stellte sich ein Gefühl von Taubsein im Fusse ein, in den ersten zwei Tagen kam es zu Schmerzen in der Wade, welche eine Morphininjection nöthig machten. Nach einigen Tagen verschwanden diese Erscheinungen und die Patienten blieben dauernd geheilt. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 2, 1902.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Erfahrungen über künstliche Frühgeburten, eingeleitet wegen Beckenenge in den Jahren 1893—1900. Von Johann Schödel. (Königl. Frauenklinik in Dresden.)

Autor stützt sich bei seiner Publication auf 44 künstliche Frühgeburten, die wegen Beckenenge vorgenommen werden mussten. Bei Erstgeschwängerten, sowie vorhandener Conjugata vera von 9·5—8·5 cm wurde von diesem Vorgange Abstand genommen. Von den 41 künstlich frühgeborenen Kindern wurden 35 lebend geboren. Von diesen starben neun in den ersten 10 Tagen. Für das weitere Gedeihen der Kinder erwies sich die Verwendung der Couveuse äusserst vortheilhaft und wird letztere vom Vf. aufs Wärmste anempfohlen. Die Frühgeburt selbst wurde durch eine Combination von Krause'scher Methode mit Metreuryse erzielt und war die Durchschnittsdauer der Geburt 41 Stunden. — (Arch. f. Gynäkol. Bd. 64, H. 1.) J. Königstein.

Beitrag zur operativen Behandlung von Eiteransammlungen in den Anhängen der Gebärmutter. Von Dr. Ludwig Mandl und Dr. Oscar Bürger. (Universitäts-Frauenklinik zu Wien.)

Den beiden Autoren stand zur diesbezüglichen Bearbeitung das reiche Material der obgenannten Klinik zur Verfügung. Sie hatten Gelegenheit, 273 einschlägige Fälle, welche im Laufe von 12 Jahren (1888—1900) in klinischer Beobachtung und Behandlung standen, kritisch durchzuarbeiten. Die Erfahrungen, die daraus geschöpft wurden, führten zu folgenden für die Behand-

lung solcher Erkrankungen wichtigen Schlüssen: 1. Der vaginale Weg hat vor dem abdominalen im Princip den Vorzug, mithin ist die vaginale Radicaloperation, wo es irgend thunlich und Aussicht auf erfolgreiche Durchführung vorhanden ist, vorzunehmen. 2. Einseitige Entfernung vereiterter Adnexe käme nur dann in Betracht, wenn man die Gewissheit hat, dass die Erkrankung nur auf einer Seite vorhanden ist und die Annahme gerechtfertigt erscheint, dass ein Uebergreifen nicht zu gewärtigen ist. 3. Blosse Incisionen behufs Entleerung des Eiters geben für die Dauer ungünstige Resultate. — (Arch. f. Gynäkol. Bd. 64, H. 1.)

J. Königstein.

Die Therapie bei Abortus. Von E. Ekstein.

Eine einheitliche Lösung dieser Frage, die zu einem befriedigenden Resultate unter den Fachleuten geführt hätte, ist bis heute noch nicht erzielt worden. Der Schlachtruf der gegnerischen Lager lautet noch immer: „Hie Finger, hie Instrument“!! Es ist auch in dieser Frage, wie sonst im Leben. Der Erfolg ist massgebend für das Eine wie für das Andere. Wer bei Anwendung von Instrumenten keine Misserfolge zu verzeichnen hatte, schwört aufs Instrument; wer dies nicht von sich behaupten kann, hält bei der digitalen Ausräumung. Ob es nicht das Klügste ist, in weisem Masse, den jeweiligen Umständen entsprechend, von beiden Gebrauch zu machen, will ich hier nicht weiter erörtern. Der Vf. tritt nun in seiner Arbeit der Lösung dieser Frage insoferne näher, als er darin die Absicht bekundet, gestützt auf seine 10jährige diesbezügliche praktische Erfahrung, sowie unter Berücksichtigung der eben zugänglichen, in Betracht zu ziehenden Literatur der letzten zehn Jahre, eine einheitliche Behandlung des Abortus anzuregen. Wenn es schon an und für sich wenig dankenswerth erscheint, in einer solchen Frage Staub aufzuwirbeln, so ist die Art und Weise, wie dies von Seite des Vfs. geschieht, nichts weniger als glücklich gewählt. Die Methode, die Vf. empfiehlt, ist nichts Anderes, als eine Modification nach Fritsch, Dührssen, Sänger, und bedeutet in der Lösung dieser Frage nichts weniger, als einen Fortschritt, ganz abgesehen davon, dass sie nichts weniger als geeignet erscheint, allgemein eingeführt zu werden. Gerade die Curette und Polypenzange, welche vom Vf. zur Entleerung des Uteruscavums ausschliesslich empfohlen werden, sind in der Hand des Ungeübten gefährliche Werkzeuge, und nicht ohne Grund wird von autoritativster Seite fort und fort Einwendung erhoben gegen die aus-

schliessliche allgemeine Anwendung dieser Instrumente bei der Ausräumung nach incompletem Abortus. Wenn auch der Autor diese Einwände in seiner Arbeit zurückweist, so unterzieht er sich doch nirgends der Mühe, dieselben wissenschaftlich zu widerlegen. Ueberhaupt kann nicht ungesagt bleiben, dass die Bearbeitung des Stoffes viel zu wünschen übrig lässt. Wiederholungen ganz nebensächlicher Dinge finden sich sehr häufig und ist die ganze Schreibweise so weitschweifig, dass die Lectüre stellenweise sehr schwierig und unverständlich wird. Neue Gesichtspunkte in der Behandlung des Abortus werden in vorliegender Arbeit nicht gebracht. Des Kernpunktes derselben, Anwendung von Polypenzange und Curette, wurde bereits oben Erwähnung gethan, so dass ein weiteres Eingehen in die Details der Arbeit sich als vollkommen überflüssig ergibt. — (Gräfe's Samml. zwanglos. Abhandl. a. d. Geb. d. Frauenheilk. u. Geburtsh. Bd. 4, H. 1.) J. Königstein.

Beitrag zur Kenntniss der bösartigen Blasenmole und deren Behandlung. Von Butz. (Priv.-Hebammenlehr- und Entbindungsanstalt zu Osnabrück.)

Vf. publicirt einen Fall von Molenschwangerschaft im dritten Monat bei einer 44jährigen X-Para. Nach einer theilweisen Ausstossung der Mole musste curettirt werden. Nach Verlauf von 13 Tagen stellte sich wieder eine Blutung ein, weshalb neuerlich ausgekratzt werden musste. Nach Verlauf eines Jahres kam es plötzlich zu schweren Lungenblutungen, die auf Metastasen in der Lunge zurückzuführen waren, und die den Tod der Patientin herbeiführten. Während des ganzen Jahres fehlte irgend ein bedrohliches Zeichen. Drei Tage vor dem Tode stellte sich eine starke Blutung aus dem Uterus ein. Auf Grund der histologischen Untersuchung kommt Autor zum Schlusse, dass 1. ein erkranktes Endometrium den eindringenden syncytialen Elementen der Zotten nicht genügenden Widerstand entgegenzusetzen im Stande ist, 2. die syncytialen Massen durch Arrosion der uterinen Gefässe in die Lunge gelangen, 3. in die Lunge gelangt, ihrer physiologischen Thätigkeit entsprechend, wieder Gefässe arrodiren und dadurch Blutungen veranlassen, sich aber nicht durch selbständige Vermehrung des abgetrennten Syncytiums Tumoren bilden. Vf. empfiehlt daher, immer auf der Hut zu sein, und bei constatirter Blasenmole unter allen Umständen 14 Tage nach der Ausstossung oder Entfernung derselben ein Probecurettement vorzunehmen. Ergibt die histologische Untersuchung ein abnorm tiefes Einwuchern

fötaler Elemente in die Uteruswandung, so soll die totale Entfernung des Uterus vorgenommen werden. — (Arch. f. Gynäkol. Bd. 64, H. 1.) J. Königstein.

Die Thrombose im Wochenbett. Von M. Heidemann.

Vf. benützte zu seiner Arbeit sämmtliche ihm zur Einsicht zur Verfügung gestellte Wochenbettgeschichten des Berliner Wöchnerinnenheims, in welchen sich der Vermerk „Thrombose“ vorfindet. Aus der systematischen Zusammenstellung aller gleichartigen subjectiven und objectiven Symptome dieser Erkrankung versucht der Autor etwaige neue Symptome der reinen Thrombose im Wochenbette zu eruiren. Vf. ist der Ansicht, dass sämmtliche Wochenbett-Thrombosen auf Infection zurückzuführen seien und sei die Eintrittspforte für den Krankheitserreger die Placenta. Die Prodromalerscheinungen seien sowohl allgemeiner als localer Natur und äussern sich die ersteren in grosser Unruhe, Steigerung der Temperatur, letztere in Schmerzhaftigkeit. Findet sich letztere unterhalb des Poupart'schen Bandes, so kann man mit Bestimmtheit darauf schliessen, dass eine Thrombose der tiefen Beckenvenen, sowie des obersten Antheiles der Ven. femoralis besteht. Ganz besonders macht Vf. auf den Meteorismus aufmerksam. Derselbe ist fast für alle Fälle charakteristisch, ist entweder bei beginnender Thrombose schon vorhanden, oder nimmt im Verlaufe der Thrombose stark zu, wobei gewöhnlich das Mahler'sche Symptom fehlt. Es scheint ein inniger Zusammenhang zwischen Thrombose und Meteorismus zu bestehen und führt Vf. das Auftreten vieler Thrombosen auf den Meteorismus zurück, insoferne durch letzteren die Herzthätigkeit in ungünstigem Sinne beeinflusst wird, und bei bereits bestehender Thrombose wesentliche Verschlechterung eintreten kann. Vf. theilt die Thrombose in zwei Formen ein, und zwar die leichtere, sich eng begrenzende Thrombophlebitis einer Seite, anderseits die schwere, bei welcher die grossen Venen, besonders die Beckenvenen, thrombosirt sind. Bei letzterer Form fanden sich häufig Klagen von Dysurie, in einigen Fällen tagelange Ischurie. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 13, H. 4.) J. Königstein.

Ein Beitrag zur Therapie der Ureterenverletzungen bei Laparatomien. Von Dr. Weinreb. (Frauenklinik des Prof. L. Landau in Berlin.)

Landau nahm wegen Ca. cervicis eine abdominale Totalexstirpation des Uterus auf abdominellem Wege vor. Dabei hatte

der Operirende das Missgeschick, ein Stück des rechten Ureters mitzunehmen. Da sich wegen des fehlenden Stückes eine directe Vereinigung des centralen und peripheren Endes als unmöglich erwies, selbstverständlich auch eine Implantation des einen Endes in das andere, noch weniger die Einpflanzung des centralen Endes in die Blase vorgenommen werden konnte, so unterband L. das centrale Ende des Ureters, da er von einer Entfernung der Niere der entsprechenden Seite bis auf Weiteres absehen wollte. Der Heilungsverlauf war ein vollständig normaler und es trat in einer Beobachtungszeit von acht Monaten kein Nierentumor der rechten Seite auf. Vf. empfiehlt, wo irgend möglich, den Ureter in die Blase zu implantiren, wo dies jedoch nicht möglich ist, die Ligatur des Ureters der sofortigen Nephrektomie vorzuziehen. Ob man den Standpunkt des Vfs. wird einnehmen können, kann nur eine grössere Reihe diesbezüglicher günstiger Erfahrungen bewirken. — (Arch. f. Gynäkol. Bd. 65. H. 1, 1901.) J. Königstein.

Laryngologie und Rhinologie.

Welche physiologische Bedeutung hat das Zäpfchen für die Singstimme? Von Dr. W. Bottermund.

Das Zäpfchen betheiligt sich als ein Theil des weichen Gaumens an den verschiedenen Verrichtungen desselben beim Schlingen und bei der Phonation. Es legt sich beim Schlingen seiner ganzen Länge nach zwischen die hinteren Gaumenbögen und schliesst den Nasenrachenraum dadurch vollkommen ab. Durch seinen Muskel (M. azygos uvulae) kann es sich an den Formveränderungen des Ansatzrohrs für die Stimme activ betheiligen; es regulirt den Abstand des weichen Gaumens von der hinteren Rachenwand und ist namentlich für die feine Muskelarbeit des weichen Gaumens beim Kunstgesang von Wichtigkeit. Bei krankhaften Veränderungen, namentlich bei abnormer Vergrösserung, kann es durch Raumbeschränkung und Reibung wie ein Fremdkörper störend wirken. Die in früherer Zeit oft missbräuchlich ausgeführte Kürzung der Uvula kann in manchen Fällen wirklich günstig wirken; eine vollständige Abtragung derselben ist aber kaum üblich. Anlass zu diesen Bemerkungen gab B. ein Process, den eine Sängerin wegen Schädigung ihrer Stimme gegen einen Chirurgen anstrengte, der ihr auf

ihr Verlangen die Uvula abgetragen hatte. — (Fränkel's Arch. f. Laryngol. Bd. 12.) Weil.

Ein neuer Gesichtspunkt in der Behandlung des frischen Schnupfens. Von Dr. G. Spiess.

S. geht von der bekannten Thatsache aus, dass die starke Secretion beim frischen Schnupfen des Nachts — im Schlafe — vollkommen sistirt; er kann dies nicht auf Rechnung der gleichmässigen Bettwärme allein setzen, sondern sieht den Hauptgrund dafür in der durch den Schlaf eintretenden Herabsetzung der Reflexerregbarkeit auf die Vasomotoren. Deshalb ging er darauf aus, eine dem Schlafzustande ähnliche verminderte Reflexerregbarkeit künstlich zu erzeugen. Innerlich könnten da Salicyl und Antipyrin in Frage kommen, local die anästhesirend wirkenden Mittel. Cocaïn wirkt nur für kurze Zeit und kann wegen Intoxicationsgefahr nicht oft angewendet werden, erzeugt auch nachträgliche Gefässerweiterung; Orthoform dagegen besitzt diese Uebelstände nicht. S. wendet es in Form von Einblasungen (rein oder mit Natr. sozojodol.) mehrmals im Tage an, eventuell so oft, als das Wundgefühl und Brennen im hinteren Theile der Nase wieder auftritt; es muss aber durch den Mund in den Nasenrachenraum geblasen werden, da es von vorne her wegen der Schwellung der Nasenschleimhaut nicht an den Hauptsitz der Beschwerden gelangen würde. — (Fränkel's Arch. f. Laryngol. Bd. 12.) Weil.

Totale Kehlkopfexstirpation. Sprache mit und ohne künstlichem Kehlkopf. Von Dr. Braun.

B. demonstrirte einen Kranken, dem wegen Carcinom der Kehlkopf sammt Epiglottis und dem obersten Theile der Trachea nach der Methode von Gluck, also mit vollständigem und dauerndem Abschlusse der Rachenhöhle von der Trachea exstirpirt worden war. Patient konnte bald spontan und noch besser nach einigen mit ihm vorgenommenen Uebungen mit lauter, weithin vernehmbarer, wenn auch etwas rauher Stimme einige Worte sprechen, was ihm für die Bedürfnisse des täglichen Lebens vollkommen genügte. Die Sprache war lauter als die mit dem Gluckschen Sprechapparate. Was Patient an Stelle der fehlenden Stimmbänder in Schwingungen versetzte, war nicht festzustellen; mit dem Kehlkopfspiegel war absolut nichts zu sehen (ebensowenig als in zwei früher bekannten Fällen von Gottstein und Schmidt). Patient nimmt mit schnappenden Bewegungen der

Lippen Luft auf und deponirt dieselbe wahrscheinlich im oberen Theile des Oesophagus, doch ist eine Aufblähung des Halses als Zeichen eines dort entstandenen Luftreservoirs (wie es im Gottstein'schen Falle zu sehen war) nicht nachzuweisen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15, 1901.) Weil.

Die Behandlung der typischen Pachydermia laryngis mit Salicylsäure. Von Dr. J. Fein.

Die Pachydermie des Kehlkopfes hat sich gegen die verschiedensten therapeutischen Massnahmen bisher als ziemlich resistent erwiesen. Ausgehend von der Thatsache, dass die Salicylsäure an der äusseren Haut Wucherungen des Epithels zur Maceration und Abstossung bringt, kam F. auf den Gedanken, sie in einem hochgradigen Falle von Pachydermia laryngis anzuwenden. Er bepinselte den Kehlkopf jeden zweiten Tag mit einer 10%igen Lösung von Acid. salicyl. (mit Aq. destill. und Spirit. vini āā) und war mit dem nach einigen Monaten erzielten Resultate sehr zufrieden. Dem Kranken verursachte diese Behandlung kein Unbehagen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33, 1901.) Weil.

Ueber Behandlung acuter Trachealstenosen durch Trachealintubation. Von Dr. E. Tschudy.

Bei der Operation einer sehr grossen Struma mit Verdrängung der Trachea trat in dem Momente, als die Struma nach Durchschneidung der auf ihr lagernden Schichten nach vorne trat, plötzlich Asphyxie ein; Patient konnte gar nicht athmen. auch nach Reposition der Struma nicht. Die Tracheotomie war sowohl ober- als auch unterhalb der Struma unmöglich und diese selbst zu durchschneiden, blieb keine Zeit, auch wäre dies bei den enorm erweiterten Gefässen höchst gefährlich gewesen. Da kam T. auf die Idee, einen halbweichen Magenschlauch durch Mund und Kehlkopf in die Luftröhre einzuführen; derselbe wurde vorsichtig bis zur Bifurcation vorgeschoben und nach zehn Minuten künstlicher Athmung kam Patient wieder zu sich. Die Narkose wurde dann durch den Magenschlauch hindurch fortgesetzt und die Operation in Ruhe vollendet. T. empfiehlt diese Intubation der Trachea als Ersatz für die Tracheotomie in Fällen, wo es sich um einen rasch zu beseitigenden oder bald spontan vorübergehenden Verschluss des Kehlkopfes oder der Luftröhre handelt. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 64.) Weil.

Ueber galvanokaustischen Gefässverschluss in der Nase als einleitenden Act intranasaler Eingriffe. Von Prof. Ostmann.

Es gibt verschiedene Eingriffe im Innern der Nase, bei welchen starke Blutungen höchst lästig sind, weil sie die weitere Controle durch das Auge erschweren und ausserdem den Kranken unruhig machen. Hieher gehören besonders theilweise Resectionen der unteren Muscheln, Abtragungen von Knorpel- und Knochenleisten, sowie Stillung von Blutungen aus den Gefässen der Nasenscheidewand, welche häufig gerade in dem Momente wieder beginnen, in welchem man den galvanokaustischen Brenner abhebt. O. geht nun so vor, dass er zunächst die zuführenden Gefässe mit dem Galvanokauter durchschneidet, wodurch das Operationsterrain blutleer gemacht wird. Man macht also bei partieller Abtragung der unteren Muschel eine Furche in der beabsichtigten Schnittlinie, bei Spinen und Cristen oberhalb derselben längs ihres Ansatzes; bei Septumblutungen umkreist man die blutende Stelle hinten und oben mit einem rechtwinklig abgebogenen Flachbrenner, wonach es sofort zu bluten aufhört. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14, 1901.) Weil.

Urologie.

Eine einfache Befestigungsart für den Dauerkatheter. Von Dr. L. Moszkowicz.

M. gibt an, wie man aus einfachen Gummidrains leicht einen maulkorbähnlichen Befestigungsapparat für den Verweilkatheter herstellen kann, der ähnliche aus Leder oder Gummi hinter der Glans zu schnallende Vorrichtungen zweckdienlich ersetzen kann. Man nimmt ein Gummidrain von circa 12 cm Länge, in dessen Lichtung der verwendete Katheter knapp hineinpasst. Man schlitzt nun dieses Drain vierfach der Länge nach auf, so dass vier Zipfel resultiren, und nur ein etwa 3 cm langes Stück ungeschlitzt bleibt. Die Enden der vier Zipfel schlägt man um und knüpft einen Faden darüber. So erhält man vier Schlingen, durch die man ein zweites Drain durchsteckt. Durch den nicht geschlitzten Theil des ersten Drains wird mit Hilfe einer Kornzange der Katheter durchgezogen, das zweite Drain wird hinter der Glans geknüpft, indem man das eine Ende dieses Drains durch einen nahe dem anderen Ende angebrachten Schlitz durchzieht.

Bei Frauen wird der Katheter durch ein central angebrachtes Loch einer ovalen Celluloidplatte gesteckt und die oben und unten durchlochte Platte mittels um die Schenkel geschlungener Bändchen an einem circulär um den Bauch geknüpften Bande befestigt. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 48, 1901.)

Eine neue conservative Operation am Hoden. Von Prof. Dr. W. J. Rasumowsky.

Ausgehend von dem Vorschlage Bardenheuer's (1886) — nach Resection des Nebenhodens die Continuität der Samenwege zu conserviren — hat R. zwei Operationsverfahren ausgewerthet, die sich allgemeineren Eingang verschaffen dürften. Die erste Methode kam in denjenigen Fällen zur Geltung, wo der ganze Nebenhoden resecirt und das Vas deferens mit dem Rete testis (resp. den Anfangstheilen der Coni vasculosi) vereinigt werden musste. Bei der Vollführung dieser Operation am Menschen gelangte R. zu der Ueberzeugung, dass der Conservatismus sich noch weiter erstrecken kann und dass man bisweilen bei Entfernung der unteren Hälfte (der Cauda und eines Theiles vom Körper) des Nebenhodens die von dem Process nicht getroffene obere Hälfte desselben (das Caput und einen Theil des Körpers) in ihrem unversehrten Zusammenhang mit dem Hoden belassen kann. Aehnlichen Fällen dient ein zweites Verfahren.

Im Ganzen führte R. den Eingriff viermal aus, stets wegen Tuberculose des Nebenbodens, bei welcher anfänglich meist streng localisirten Affection es darauf ankommt, das functionstüchtige Hodenparenchym — im Interesse der inneren Secretion und vollständigeren Geschlechtsthätigkeit — zu erhalten. Es fragt sich nur, ob es möglich wird, durch die Operation der Anastomosenbildung, bei der Annähung des Vas deferens an das Corpus Highmori (an das Rete testis, resp. den Anfang der Coni vasculosi) oder an die zurückgelassenen Reste der Epididymis, eine freie Communication zwischen den Samencanälchen und dem Hauptsamenleiter herzustellen — eine Frage, die an der Hand des bisherigen Operationsmateriales kaum im positiven Sinne entschieden werden könnte. (Zumal der Eingriff in allen Fällen nur einseitig zur Ausführung kam.)

Die Bildung einer Anastomose zwischen dem Rete testis (oder dem Anfange der Coni vasculosi) und dem Vas deferens setzt sich aus drei Acten zusammen. 1. Resection des Nebenhodens bei Conservirung der zum Hoden hinziehenden Gefässe. 2. Spaltung des

resecirten Samenstranges (1 cm), Fixirung des erweiterten Saumes mit Catgutnähten an die Hodenoberfläche, und zwar an die Resectionsflächen der Epididymis. 3. Ueberkleidung der versenkten Nahtstellen mit den Hodenhäuten. Hautverschluss mit Metallfäden unter Drainage.

Die Herstellung einer Anastomose zwischen dem Vas epididymis und dem Vas deferens nach Resection der unteren Hälfte des Nebenhodens wird ausgeführt, indem man, unter Conservirung des Nebenhodenkopfes, den unteren Theil des Nebenhodens und die angrenzende Samenstrangstrecke resecirt und in die Querschnittfläche des zurückgebliebenen oberen Theiles des Nebenhodens mit einem spitz zulaufenden Messer bis etwa 1 cm weit einsticht. In den derart gebildeten Canal wird das vorher gespaltene Vas deferens-Ende implantirt. Auf diese Weise kommen die Schleimhautränder des Vas deferens mit den Windungen des durchschnittenen Vas epididymis in die innigste Berührung. Behufs besserer Fixirung der Anastomose werden die Ränder des Nebenhodenquerschnittes rings um das eingesenkte Vas deferens mit einander vereinigt; hierzu dienen dünne Catgutnähte, welche die Albuginea durchsetzen, aber sie können auch die äusseren Schichten des Vas deferens mit fassen. — (Arch. f. klin. Chir. Bd. 65, H. 3.) N.

Ueber die bei der Cystoskopie zu verwendende Spülflüssigkeit. Von Dr. E. Warschauer.

Vf. macht vier Erfordernisse geltend, die das als Spülflüssigkeit dienende Medium zu erfüllen hat: 1. Die Flüssigkeit muss durchsichtig sein. 2. Sie soll antiseptisch sein. 3. Die Flüssigkeit darf die Blasenschleimhaut nicht reizen. Ist dies der Fall, so ist eine Cystoskopie, falls man sich nicht dazu versteht, die gefährliche Cocaïnisirung der Blase vorzunehmen, schlechterdings unmöglich. Durch die ausgelösten Contractionen der Blase wird der Schnabel des Instrumentes gegen die Wand gepresst, so dass man nichts sehen, der Patient aber durch die Verbrennung der Schleimhaut direct gefährdet werden kann; ausserdem vereitelt die Unruhe des zu Untersuchenden ein genaues Sehen, oder macht einen instrumentellen Eingriff in die Blase oder die Ausführung des Ureteren-Katheterismus unmöglich. Als viertes Postulat wird ausgesprochen, dass die Flüssigkeit die Instrumente nicht angreifen dürfe. Als den Anforderungen nicht entsprechend ist das Carbol, wie auch das Sublimat zu betrachten. Die am meisten verwendete Borsäure hat in der üblichen Concentration ein nur beschränktes antisep-

tisches Vermögen. Als das idealste Mittel stellt W. das Hydrargyrum oxycianatum hin, ein Mittel, das dem Sublimat an bactericider Kraft am nächsten steht. Es ist durchsichtig, reizt die Blase nicht, greift die Instrumente nicht an und wirkt antiseptisch. Mit bestem Erfolge wird die Lösung seit Jahren an Casper's Klinik angewendet in einer Concentration von 1:10000—1:15000. In therapeutischer Hinsicht steht es allerdings dem Arg. nitric., wie auch dem Sublimat nach. — (Monatsber. f. Urol. Bd. 7, H. 2.) N.

Experimentelle Untersuchungen über die Infection der Harnblase. Von R. Faltin.

In Wiederaufnahme der bekannten Versuche Wreden's konnte Vf. über das Ergebniss einer Experimentserie im Jahre 1896 berichten, dass eine Läsion der Rectalschleimhaut in der Prostatahöhe weder eine Cystitis noch ein Auftreten von Darmbacterien in der Blase zur Folge habe. Nur in jenen Fällen, in welchen die Blase durch Penisligatur in einen Zustand der Empfänglichkeit für die Infection versetzt wird, können mit grösster Wahrscheinlichkeit Bacterien von Rectalläsionen aus mitunter in die Blase wandern und Cystitis erzeugen. Worin diese Anziehungskraft der durch Harnstauung beschädigten Blase auf die Darmbacterien besteht, blieb in diesen Untersuchungen unentschieden. Seit Veröffentlichung dieser Resultate war Vfs. Aufmerksamkeit hauptsächlich auf zwei Punkte gerichtet. Erstens wollte er den vermutheten Weg ermitteln, auf dem die Bacterien vom Rectum aus in die Blase wanderten und zweitens die Bedeutung der Harnstauung für das Zusammenkommen dieser Wanderung darstellen. Aus den in grosser Zahl durchgeführten Thierversuchen gelangt Vf. zu nachstehenden Folgerungen:

Nach einer Rectumläsion in der Prostatahöhe, mag sie noch so tief oder ausgedehnt sein, ist bei ungeschädigter Blase in der Regel nie, weder eine Cystitis noch ein Auftreten von Darmbacterien in der Blase zu constatiren, wenn nicht zu gleicher Zeit eine tödtliche Allgemeininfection oder Peritonitis als Folge der Läsion besteht, was besonders nach grösseren Läsionen ziemlich häufig der Fall ist. In diesen Fällen kann eine Bacterienausscheidung durch die Nieren zustande kommen und zu einer Bacteriurie resp. Cystitis führen.

Ohne gleichzeitige Sepsis oder Peritonitis entwickelte sich in den früheren Versuchen nur einmal allmälig eine Cystitis und in den späteren Versuchen auch nur einmal eine schnell vor-

übergehende Bacteriurie. Dagegen zeigten die mikroskopischen Untersuchungen von Rectum und Blase, dass bisweilen schon nach recht unbedeutenden Epithelläsionen Bacterien in grosser Anzahl in das lymphgefässreiche Gewebe, welches Rectum und Blase vereinigt und subperitoneal die Prostata, Vesiculae seminales und Blase umgibt, eindringen können.

Ist die Blase durch künstliche Retention geschädigt, so kann mitunter von einer Rectalwunde aus ein Durchwandern von Darmbacterien längs des zwischen Blase und Mastdarm gelegenen Bindegewebes stattfinden und eine Bacteriurie oder Cystitis entstehen.

In einer weiteren Publication (Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- und Sex.-Org. Bd. 12, H. 9) completirt Vf. seine Untersuchungen und gelangt zu den Folgerungen, dass eine Koprostase, durch Analverschluss erzeugt, einer 36—48 stündigen Dauer bedürfe, um eine Ueberschwemmung des Körpers mit Darmbacterien hervorzurufen. Ferner, dass nach genügend langer Dauer der Kothstauung Darmbacterien, ohne in den Kreislauf gelangt zu sein, in die Harnblase übertreten können, dabei aber gewöhnlich solche Alterationen im Organismus entstehen, dass später oft eine, von dem beschädigten Darm oder der Blase ausgehende tödtliche Allgemeininfection die Folge ist. Ob die Bacterien von den Schleimhautläsionen des Rectums oder von Verletzungen in der Analgegend aus überwandern, sei nicht zu entscheiden. — (Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org. Bd. 12, H. 8.) N.

Zahnheilkunde.

Ueber die Nachbehandlung der Zahnextractionswunden. Von Boennecken.

Gegen den unmittelbar nach der Extraction periostkranker Zähne häufig auftretenden Schmerz hilft Cocaïn oder Orthoform. In vielen Fällen jedoch, zumal bei Periostitis der Zähne des Unterkiefers, tritt in der der Extraction folgenden Nacht der Schmerz intensiv auf, um eine Reihe von Tagen und Nächten anzuhalten. Häufig gesellt sich hiezu eine Schwellung der Kieferpartie. Nach 3—4 Tagen ist der Höhepunkt erreicht, nach 8—10 Tagen in der Regel Alles vorüber. Als Ursache dieser Schmerzen ist die durch die inficirte Pulpa erzeugte Entzündung der Alveole anzusehen. Während im Oberkiefer jeder Tropfen Wundsecret

nach unten abfliesst, bieten Extractionswunden im Unterkiefer eine Retentionsstelle für Secrete und Speisenreste, also die günstigste Bedingung für Wundinfection mit den in jedem ungepflegten Munde vorhandenen Eitererregern. — Handelt es sich bei dem nach einer Extraction auftretenden Schmerz nicht um eine Infection der erwähnten Art, so erklärt man sich denselben nach Scheff als entzündliche Reizung der Endigungen des Nervus alveolaris, als Alveolarneuritis. Gegen die grosse Intensität des Schmerzes sind Narcotica gewöhnlich ganz machtlos, hingegen pflegt das von Scheuer empfohlene Aetzen der Wunde mit einem in concentrirte Carbolsäure getauchten Wattebausch rasch Erleichterung zu verschaffen.

Zur Verhütung der nachträglichen Infection von Extractionswunden empfiehlt B. Tamponade der Wunde mit 10- bis 15%iger Jodoformgaze. Für den betreffenden Fall wird stets ein so kleines Stückchen gewählt, dass die Alveole ganz austamponirt wird, die Gaze aber nicht über den Zahnfleischrand herausragt. Auf diese Weise wird die Zunge des Patienten nicht belästigt und der Jodoformgeschmack verringert. Der kleine Tampon wird mit Stopfer und Pincette eingeführt und mit dem Finger leicht angedrückt. Wasserspülungen, welche die Verfilzung des Tampons mit dem Blutcoagulum hindern könnten, unterbleiben gänzlich. Hiedurch bleibt die Wunde für die ersten 24 Stunden, der für die Injection gefährlichsten Zeit, vor Verunreinigung geschützt und in der Tiefe der Wunde können sich ungestört die ersten Granulationsknöpfchen entwickeln. Auch die durch die gangränöse Pulpa bereits inficirte Alveole wird unter dem antiseptisch wirkenden Schutzverband rascher der Heilung entgegengeführt, als dies bei offener Wundbehandlung der Fall ist. Nebenbei bewirkt die Tamponade gleichzeitig Blutstillung, welchem grossen Vortheil gegenüber der dem Verfahren anhaftende Nachtheil des Jodoformgeruches im Munde nicht in Betracht kommt. Ein Ersatzmittel für Jodoform zu finden, ist B. nicht gelungen, da alle versuchsweise zur Tamponade der Alveolen angewendeten Stoffe (Sublimat, Airol, Salubrol, Dermatol, Diaphterin etc.) sich nach 24 Stunden im Zustand fauliger Zersetzung befanden.

Hat der Patient am Tage nach der Extraction den Tampon entfernt, so genügt für gewöhnlich das regelmässige Ausspülen des Mundes mit Wasser nach jeder Mahlzeit, um die Wunde rein zu halten und der Heilung zuzuführen. Nur selten verordnet B. den

poliklinischen Patienten ein antiseptisches Spülmittel. Dagegen wird der Gebrauch der Zahnbürste 2—3mal täglich Jedem dringend empfohlen. Bei schwerer Periostitis alveolaris im Unterkiefer verordnet B. dem Patienten eine Hartgummispritze mit rechtwinkelig gebogener Canüle und lässt ihn nach Entfernung des Tampons die Wunde viertelstündlich mit 2%iger Wasserstoffsuperoxydlösung ausspritzen.

Zur Herabsetzung des Schmerzgefühles nach der Extraction leistet das Orthoform die besten Dienste. Gründliches Ausstäuben der Wunde mit Orthoform und nachfolgende Tamponade mit Jodoformgaze, welche mit Orthoformpulver imprägnirt ist, lindern sehr bald die heftigsten Nachschmerzen. Bei acuter Periostitis wird überdies für die erste Nacht Chloralhydrat verordnet. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 37, 1901.) R. Kronfeld.

Porzellanfüllungen. Von N. S. Jenkins.

J. empfiehlt seine Methode des Füllens der Zähne mit Porzellan auf das Wärmste und spricht schon nach den nur wenige Jahre zählenden Erfahrungen, welche er mit Porzellanfüllungen gemacht hat, dem Goldfüllen jede Berechtigung ab. Die Cavität muss derart geformt werden, dass sie scharfe Ränder und eine ziemliche Tiefe hat. Aus dünner Goldfolie, welche mit Wattekügelchen und Stopfern in die Cavität gepresst wird, stellt man ein Kästchen her, in welchem die von J. angegebene Porzellanmasse durch den elektrischen Strom oder durch ein Leuchtgasgebläse zum Schmelzen gebracht wird. Die fertige Füllung wird mittelst dünn angerührtem Cement in der Cavität des Zahnes befestigt. Abgesehen von dem täuschenden Aussehen einer solchen Porzellaneinlage sieht J. auch darin einen Vortheil seiner Methode, dass bei der für Porzellanarbeiten nöthigen breiten Eröffnung der Cavität sicher alle erkrankten Partien des Zahnes entfernt werden, was bei anderen Füllungen, wo man möglichst viel von der Zahnsubstanz zu erhalten bestrebt ist, nicht immer geschieht. Auch gestaltet sich der Aufbau von grösseren Zahndefecten in bedeutend leichterer und für den Patienten schonenderer Weise als mit Gold. Leider hat man zur Befestigung der Porzellanstücke im Zahne kein anderes Material als Cement, welches trotz aller Bemühungen sich nicht in solcher Weise herstellen lässt, dass es ein Herausfallen der Füllung mit Bestimmtheit verhindern könnte. — (Dental Review, Bd. 15, Nr. 7.) R. Kronfeld.

Kinderheilkunde.

Tracheotomie und Intubation als Stenosenoperationen bei Diphtherie. Von Dr. Rahn.

Nach einigen Ausführungen über die Anwendung der Intubation im Allgemeinen und über die Geschichte des Verfahrens bespricht R. die Intubation in ihrer Beziehung zum Diphtherieheilserum, über die nach seiner Ansicht viel zu wenig einwandsfreie kritische Erfahrungen vorliegen, um wirklich den oft viel gerühmten günstigen Einfluss der Serumtherapie als sicher feststehend anzuerkennen.

Im folgenden Abschnitt wird die Intubation als Concurrenz-Operation der Tracheotomie mit Einräumung der primären und der secundären Tracheotomie besprochen. Die Tracheotomie, zunächst die primäre, wäre als Stenosenoperation indicirt: bei kleinen, unter $1^1/_2$ Jahre alten Kindern, wenn schwere, floride Rhachitis besteht; bei hochgradigem Collaps und im agonalen Stadium; bei ausgebreitetem gangränescirenden und exulcerirenden Zerfall im Rachen (septische Diphtherie); bei gleichzeitig bestehender hochgradiger pharyngealer Dyspnöe und Oedem des Larynxeinganges; bei spasmotischen oder mechanischen Hindernissen im Kehlkopflumen selbst, die dem Tubus ein Hinderniss setzen; bei äusserlich am Halse wahrnehmbarer ödematöser Schwellung, bezw. bei tiefgehendem Hautemphysem des Halses; bei einer complicirenden, nachweisbaren Bronchostenose und bei fortdauernder Athemnoth nach der Intubation.

Die secundäre Tracheotomie ist indicirt, wenn bereits mehrere Tage der Tubus gelegen hat und nach der vierten Extubation sofort wieder anhaltende Athemnoth eintritt; wenn Membranverstopfung im Tubus eintritt und man annehmen muss, dass noch viele Membranstücke in den Bronchen flottiren; wenn Zellgewebsveränderungen vor dem Kehlkopfe (prä- oder perilaryngeale Abscesse) bei noch bestehender Stenose im Gange sind, selbst wenn sie subjective Erscheinungen noch nicht machen; wenn aus rein äusserlichen Gründen das Kind sich gegen den Tubus sträubt, wenn es Unlust- und Schmerzgefühle äussert und andauernd ungeberdig und aufgeregt ist oder trotz strenger Bewachung sich selbst extubirt oder fortgesetzte Extubationsversuche macht; wenn eine Thymushyperplasie oder Bronchialdrüsenhyperplasie anzunehmen, bezw. nachweisbar ist; wenn wiederholt neue Einziehungen

auftreten und eine vorgenommene Extubation keine Besserung erkennen lässt; wenn eine genügende Ernährung unmöglich gemacht ist, namentlich dadurch, dass sich das Kind gegen die Sonde bei liegendem Tubus sträubt; endlich bei kleinen, unter zwei Jahre alten Kindern, wenn nach 5—6 Tagen zweimal rite extubirt worden ist und sofortige Athemnoth wieder eintritt.

Was die Zeit der Extubation anbelangt, so lassen sich absolute Indicationen nicht aufstellen. Aber das Zusammentreffen von mehreren relativen Anzeichen für die Extubation gibt eine Wahrscheinlichkeitsprognose. Zu diesen relativen Zeichen wären folgende Erscheinungen zu zählen: 1. Wenn die Exacerbation der Rachenentzündung beendet und ein deutliches Abrollen oder Einschmelzen der Rachenbeläge und ein Verblassen des Untergrundes zu sehen ist. 2. Wenn die Athmung nicht mehr stossend und über den Lungen nicht mehr saccadirt ist und in beiden Phasen ganz gleichmässig und völlig ausgiebig ist. 3. Wenn keine Stenosengeräusche mehr hörbar sind. 4. Von vornherein einen ungefähren Anhaltspunkt für die Dauer der Intubation gibt das Alter des Kindes. Es findet sich im Durchschnitt

bei 1—2jährigen Kindern eine Intubation von 2—4 Tagen,
„ 2—4 „ „ „ „ „ 3—6 „
„ 5 und mehrjähr. „ „ „ „ 3—4 „

Für die Intubation hätten folgende Momente als Hauptgrundsätze zu gelten: Die Intubation muss möglichst frühzeitig angewendet werden; vor der Intubation muss man immer erst alle Indicationen zur Tracheotomie erwogen und abgethan haben; bei der Intubation muss irgend eine Assistenz zugegen sein, die bei einer etwa nöthig werdenden Tracheotomie helfen könnte; auch muss immer Alles zur Tracheotomie parat sein. Die intubirten Kinder sollen, wie die tracheotomirten, sobald es ihr Allgemeinzustand erlaubt — Pneumonien im Stadium der Infiltration und Collaps sprechen dagegen — ins Dampfzimmer kommen. Die Intubation darf möglichst nur auf ein einmaliges Einführen des Tubus hinausgehen. Die Tubusnummern sind nie zu klein zu nehmen. Vor der Extubation müssen gleichfalls erst alle Indicationen in Rechnung gezogen werden, und es soll möglichst ausgiebig Brom gegeben werden. Bei der Extubation muss immer für eine neue Intubation vorgesorgt sein.

Endlich kommt die Intubation als Hilfsoperation in Betracht. Und zwar zunächst als experimentelle Operation, um festzustellen,

ob neben der Trachealstenose noch eine die Tracheotomie indicirende Bronchostenose besteht. Weiters als Präliminar-Operation der Tracheotomie, in Vorbereitung bis zur Tracheotomie, wenn der Zustand des Kindes einen sofortigen Eingriff erheischt, oder bis zur Beendigung der Vorbereitungen eine voraussichtlich längere Zeit verstreichen wird — und in Unterstützung der Tracheotomie selbst: die Tracheotomie bei liegendem Tubus erleichtert dem Operateur und dem Kinde den Eingriff. Endlich kommt die Intubation als nachbehandelnde Operation vor oder nach Verschluss der Tracheotomiewunde in Betracht, wenn mechanische Hindernisse, wie subglottisches Oedem oder Granularbildungen behandelt werden müssen.

Für die Intubation in der Privatpraxis legt endlich R. Gewicht auf folgende Momente: Der Arzt muss genügende Erfahrung in der Diagnosen- und Prognosenstellung haben, es muss die Serumbehandlung eingeleitet sein und eine verlässliche Wärterin immer am Platze sein. Die Intubation kann vorgenommen werden, wenn keine Bronchostenose, resp. croupöse Bronchitis besteht und wenn der Kehlkopfzugang nicht zu sehr geschwollen und verlegt ist, wenn keine gangränösen Veränderungen vorliegen, überhaupt keine Indication zur primären oder secundären Tracheotomie vorliegt. Auf alle Fälle ist in der Privatpraxis zunächst der Tubus zu benutzen, gleichviel, ob wir nur die experimentelle oder die provisorische Intubation zur Ausführung bringen. Wir behalten im Privathause den Tubus weiterhin bei, sobald keine Indication zur secundären Tracheotomie vorliegt oder eintritt, und sobald das Kind sichtlich den Tubus verträgt. — (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 55, H. 2.)

Kehlkopf- und Trachealstenose infolge Durchbruches eines peritrachealen Abscesses. Von Doc. Dr. Baumgarten.

Ein neunjähriger Knabe wurde vor drei Wochen plötzlich dispnöisch. Erhaltene Stimme und Fehlen von Schlingbeschwerden deuteten auf einen aspirirten Fremdkörper. Es musste die Tracheotomia superior vorgenommen werden. Bei der Spiegeluntersuchung fand sich unterhalb des rechten Stimmbandes eine sich in den Kehlkopf und die Trachea vorwölbende haselnussgrosse Geschwulst, die in den nächsten Tagen wuchs. Die Umgebung der Trachealwunde war infiltrirt. Nach Einführung einer Trendelenburg'schen Canüle wurde der Kehlkopf und die Trachea nach abwärts bis zur

Trachealöffnung gespalten und die Geschwulst, die sich als ein von der rechten Seitenwand der Trachea ausgehender Abscess erkennen liess, gespalten. Mit der Sonde kam man durch die perforirte Trachealwand circa 7—8 cm nach aussen unten in eine grössere Abscesshöhle. Diese wurde tamponirt und dann genäht. Der Verlauf war glatt, nach zehn Tagen war wieder laute Stimme da. Durch die Operation ward es klar, dass infolge Vereiterung einer peritrachealen Lymphdrüse der Eiter, theils die Trachealwand durchbrechend, als Eitersack den Kehlkopf erfüllte, theils nach unten aussen entlang des Sternocleidomast. sich senkte. — (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 55, H. 2.)

Ueber die geistige Entwicklung eines mit Thyreoidin behandelten cretinösen Kindes. Von Dr. Theodor Heller.

Ein jetzt sechs Jahre alter Knabe, der in den ersten zwei Jahren sich normal entwickelt hatte, nahm seither in seinem physischen und psychischen Verhalten ganz die charakteristischen Merkmale des myxödematösen Cretinismus an. Auf Verabreichung von Thyreoidintabletten (Borroups, Welcome u. Co.), eine, später zwei pro die, die einen Gehalt von 0·329 g frischer Schilddrüse haben, besserte sich der Zustand, das Körperwachsthum nahm zu, die Hautschwellungen verminderten sich, das Kind lernte gehen, das psychische Verhalten näherte sich etwas der Norm.

Die pädagogische Bedeutung der Schilddrüsenbehandlung besteht darin, dass sie in vielen Fällen gleichsam bildungsunfähige in bildungsfähige Individuen verwandelt. Während die ärztliche Kunst jene Hemmungen beseitigt, die bei myxödematösen Idioten im Kindesalter der geistigen Entwicklung entgegenstehen, bleibt es der Heilpädagogik vorbehalten, jene durch Anwendung specieller Methoden zu fördern. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 5, 1902.)

Pharmakologie und Toxikologie.

Ueber geschmackfreie Chininderivate. Von Prof. Dr. H. Dreser.

Die Ansprüche, welche die Therapie an geschmacklose Chininpräparate stellen muss, und Vfs. Ergebnisse aus vergleichenden pharmakologischen Untersuchungen über die Chininderivate sind etwa folgendermassen zu formuliren: 1. Die Löslichkeit in reinem

Wasser muss so gering sein, dass sie noch unterhalb der Empfindungsschwelle für bitter liegt; das officinelle Chininum tann. erfüllt diese Forderung keineswegs; sie wird am vollkommensten vom Salochinin erfüllt, nächstdem vom Euchinin und Aristochin (Dichinincarbonat), während die freie Chininbase bereits zu löslich ist, um als geschmackloses Chininpräparat zu dienen. 2. Der Aufsaugung des Chininpräparates im Magendarmcanal muss dessen Lösung im sauren Magensaft voraufgehen. Die Chancen für prompte Lösung gestalten sich am günstigsten für die freie Chininbase; setzt man diese gleich 100%, so ist sie für Euchinin 95%. für Aristochin 88%, für Salochinin 54%, für Chinin als Tannat nur 9·9%. Fehlt die Säure im Magensaft, so sind die Chancen der Resorption für alle precär. 3. Bei der allmäligen Neutralisation des sauren Mageninhaltes während der Passage durch den Dünndarm soll ein geschmackfreies Chininpräparat, das bereits in der Salzsäure des Magensaftes gelöst war, nicht wieder ausfallen, eine Forderung, die Chinin, Euchinin und Aristochin ausgezeichnet erfüllen; dagegen fällt von gelöstem Salochinin ein erheblicher Theil aus, das Filtrat von der Fällung enthält aber immer noch eine gewisse Menge Base gelöst, die für die Resorption noch in Betracht kommt. Bei dem Chinintannat ist die Wiederfällung des in Magensalzsäure gelöst gewesenen so vollständig, dass im Filtrate von der Fällung kaum etwas Nennenswerthes mit Jodjodkalium nachzuweisen ist. Also auch hier ist, wie bei der Lösung im Magensaft, das officinelle Präparat wieder das schlechteste. 4. Die prompte therapeutische Wirksamkeit lässt sich am besten durch die in den ersten 24 Stunden im Harn zur Ausscheidung gelangende Chininmenge vergleichen. In Vfs. Versuchen erwies sich das officinelle Chinintannat jedenfalls als dasjenige, welches am allerschlechtesten resorbirt wird; das Salochinin und die freie Chininbase waren zwar schon erheblich besser; am besten von den geschmacklosen waren das Euchinin und das Aristochin. Dem in Oblaten gegebenen salzsauren Chinin standen aber alle nach. Man wird daher die Dosen etwas grösser als die des salzsauren Chinins wählen müssen. 5. Die locale Belästigung der Magen- und Darmschleimhaut theilen das Euchinin und Salochinin, wenn sie erst gelöst sind, mit dem Chinin; frei davon erwies sich das Aristochin. Das officinelle Chinintannat weist hier den Vorzug auf, dass es wegen seiner schlechten Löslichkeit überhaupt nicht viel Schaden anrichten kann. 6. Die protozoentödtende Wirkung

ist beim Salochinin und Aristochin, auf gleiche Chininmengen berechnet, doppelt so intensiv wie beim Chinin. 7. Die allgemeine Giftigkeit des Chininmolecüls bei Kalt- und Warmblütern ist am ausgesprochensten in Form des Aristochins vermindert. Nach Allem hat sich das „geschmacklose“ Präparat des amtlichen Arzneibuches entschieden als das minderwerthigste erwiesen, soweit es auf Wirkungen nach der Resorption ankommt, denn von ihm kann am wenigsten resorbirt werden. Zur richtigen Würdigung des Chinintannates ziehe man in Betracht, dass bei Alkaloidvergiftungen die Gerbsäure als Antidot gereicht wird zur Erzeugung möglichst schwerlöslicher und möglichst schlecht resorbirbarer Verbindungen, sowie dass man bei dem Pelletirin, dem Alkaloid der Granatwurzelrinde, ebenfalls das Tannat benutzt, damit die Giftwirkung nur den Bandwurm im Darm treffen, der Wirth aber davon verschont bleiben soll. Soweit die Alkaloidtannate wirklich schwerlöslich sind, haben sie in der übrigen Medicin den Zweck, das Alkaloid möglichst lange im Darm zurückzuhalten; nur das ärztlich verordnete Chinintannat soll resorbirt werden. Da dies aber nicht in brauchbarem Masse stattfindet, wäre für Chinintannat eine andere Indication viel zweckmässiger, nämlich es gegen die Amöben der Dysenterie und ähnliche Protozoen als locales Darmantiparasiticum zu versuchen. Die an ein geschmackfreies Chininpräparat zu stellenden Anforderungen ist es ausser Stande zu erfüllen. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 5, 1902.)

Hygiene und Krankenpflege.

Das Schnüren der Frauen. Von Kurt Witthauer.

Die schädlichen Wirkungen des Corsets sind hauptsächlich die Schwächung der Rückenmusculatur, die mangelhafte Ventilation der gedrückten Hautpartie, die mangelhafte Blutcirculation in der Haut sowie in den Organen des Pfortaderkreislaufs, die Zusammendrückung des Brustkorbs, die Verdrängung des Dünndarms nach unten, die Hervorwölbung des Bauches und infolge davon die verschiedenen Verdauungsstörungen, die Veränderung von Leber und Magen. Zweifellos bestehen enge Beziehungen zwischen Corset und Bleichsucht. Die Gastroptose, das Herabsinken des Magens, stellt sich beim weiblichen Geschlecht meist

in den Entwicklungsjahren ein; nachdem diese eine Zeitlang bestanden hat, setzt alsdann die Bleichsucht ein; von 29 Mädchen der Dresdener Dienstmädchenlehranstalt hatten 28 Gastroptose; diese ist der Ausdruck der Anpassung des Bauchinhaltes an die durch den Druck des Corsets veränderte Form der Bauchhöhle. Je frühzeitiger und stärker sich ein Mädchen schnürt, um so schneller und schwerer kommt die Krankheit zum Ausdruck; kann sich der Brustkorb wieder ausdehnen, so schwindet die Bleichsucht unter Eisenbehandlung. Die Gastroptose ist als solche unheilbar, aber die Beschwerden, welche sie verursacht, schwinden, wenn der Druck auf die Baucheingeweide und die damit verbundene Zerrung der sympathischen Nervengeflechte, besonders des Plexus solaris, wegfällt. Aus den Meinungen der verschiedenen Autoren geht hervor, dass frühzeitiges Corsettragen dauerndes Herabsinken des Magens erzeugen kann und diese Gastroptose wieder Chlorose herbeizuführen vermag. Ebenso kann zu frühzeitiges und festes Corsettragen auch Enteroptose verursachen. Durch das Herunterreichen des Corsets weit über den Leib wird auch die Bauchmusculatur zu sehr von ihren Functionen entlastet und wirkt bei der Stuhlentleerung nur mangelhaft mit. Das Corset beeinträchtigt auch die Athmung, weil es die Rippen zusammendrückt, die Zwerchfellthätigkeit beschränkt, die Circulation und die Thätigkeit des Herzens erschwert. Nebst Schnürleber erzeugt der Druck des Corsets auch eine Senkung der Leber im Ganzen oder eine Drehung um ihre horizontale Achse nach unten, welche, ausser Zerrungsbeschwerden, Störungen im Pfortaderkreislauf und Druckerscheinungen im Darm hervorruft. Wahrscheinlich hängt auch die Bildung der bei Frauen besonders häufigen Gallensteine mit dem Corsetdruck zusammen. Auch Wandernieren sind oft auf Corsetdruck zurückzuführen. Endlich kommen auch Verschiebungen der Milz vor. Weiter finden schädigende Einflüsse auf die äusseren Körpertheile statt. Schnürfurchen in der Haut, welche durch den Abdruck der Hemdfalten hervorgerufen werden. Diese Schnürfurchen und der durch sie offenbarte Druck haben oft deutliche Folgen; besonders durch Zusammendrücken der Zwischenrippennerven, sei es direct, sei es durch Vermittelung der einander stärker genäherten Rippen, entstehen Neuralgien, die hartnäckig aller Behandlung widerstehen und erst verschwinden, wenn das Corset durch passendere Bekleidung ersetzt wird. Die Verkümmerung der Brüste und die Beschaffenheit der Brustwarzen, dass der

Säugling sie nicht fassen kann, sind oft die Folge des frühzeitig angelegten Corsets.

Vf. empfiehlt einen Corsetersatz, der von Frau Johanna Nühsmann in Braunschweig erfunden worden ist und der jeder Steife, als Stahlstangen und Fischbeinstäbe, entbehrt, aus Gurten besteht, die sich meist rechtwinklig kreuzen und grösstentheils elastisch sind. Die Brüste ruhen in faltigen miederartigen Lätzen und werden durch Schultertragebänder nach oben gehalten, so dass an ihnen jedes Hängen vermieden wird, aber auch ein Druck auf sie durch das weiche Gewebe nicht zustande kommen kann. Röcke und Beinkleider müssen angeknöpft werden; zu diesem Zweck befinden sich ringsum an den untern Gurtausläufern Knöpfe. Strumpfhalter reichen in Form eines W über den Leib herab und fassen durch Klammern die Strümpfe über dem Knie vorn an beiden Seiten. Sie haben zwei Vortheile: erstens halten sie den Leib zurück, ohne doch einen schädlichen Druck auszuüben, und zweitens vermeiden sie die seitliche Befestigung der Strümpfe, die man mit Recht beschuldigt, bei weichem Knochenbau, zumal bei Kindern, eine X-Beinstellung herbeizuführen. Vf. hat eine Leibbinde construirt, die an diesem Corsetersatz, aber auch an jedem Corset befestigt werden kann.

Angebracht sind Leibbinden zunächst und am augenfälligsten bei Hängeleib und bei Enteroptose. Da die Schwangerschaft oft der Vorläufer der vollständigen Heilung der Enteroptose ist, so sollen die Frauen sofort das Corset ablegen und vom vierten Monat ab Leibbinden benutzen. Ist die Entbindung vorüber, so soll sofort die Leibbinde wieder angelegt werden. Die Frauen bleiben solange wie möglich liegen; nach dem Aufstehen wird längere Zeit auch die Leibbinde weiter getragen. Angezeigt ist weiter das Tragen einer Leibbinde bei Wanderniere, bei Nabelbruch, bei Bauchbrüchen, die nach Leibschnitten in der Mittellinie oder den seitlichen Partien des Leibes, zumal nach Blinddarm-Operationen, entstanden sind, nach Bauchoperationen. Viele Frauen mit starkem Leib tragen aus Eitelkeit Leibbinden. — (Die Krankenpflege, H. 3, 1902.)

Kleine Mittheilungen.

Ueber die Wirkung des deutschen Digitoxins bei Myokarditis. Von Curioni. Entgegen der Meinung Schmiedeberg's, der von dem Gebrauche des Digitoxins (Glykosid aus Digitalis) wegen der Unlöslichkeit in Wasser und des hohen Giftgehaltes abrieth, fanden Masins und Wuntzel, dass dem deutschen Digitoxin (Merck) alle Eigenschaften der Digitalis zukommen und Battistini, dass es die Symptome der gestörten Compensation oft in höherem Grade als die Digitalis behebe. Curioni studirte den Einfluss des Digitoxins auf den Puls mittels der vom Apparate Jacquet aufgenommenen sphygmischen Zeichen, sowie auf den arteriellen Druck mit Hilfe des Sphygmomanometers von Rocci-Riva. Er beobachtete zwei Kranke mit Herzschwäche nach einer acuten Infectionskrankheit und fünf Kranke mit chronischer Myokarditis und schweren Herzklappenfehlern. Bei den ersten zwei Kranken wurde nach Einnahme des Digitoxins der Puls gebessert und nach wenigen Stunden der arterielle Blutdruck um 35 mm Quecksilber gehoben. Das Maximum der Wirkung des Digitoxins trat in Curioni's Fällen nach vier bis fünf Stunden ein. Die mittlere Dosis beträgt $^1/_2$ mg, diese sei schon geeignet, den Dicrotismus zu heben und die Diastole zu verlängern. Zu weiterer Steigerung des arteriellen Blutdruckes könne die Dosis des Digitoxins auch auf $^3/_4$ mg gesteigert werden. Chronische Myopathiker, die an Herzmittel gewöhnt sind, können zu Anfang auch 1 mg ohne Nachtheil einnehmen; in einem Falle sei durch letztere Gabe die Arrhythmie des Pulses beseitigt worden. Curioni meint, dass das Digitoxin bezüglich prompter Wirkung der Digitalis überlegen sei. — (La clinica med. ital.; Wien. klin. Wochenschr.)

Ueber die Anwendung der verschiedenen Fleischsorten bei Nierenkranken. Von Dr. Kaufmann und Dr. Mohr. In der Diätetik der Nierenkrankheiten spielt die Unterscheidung zwischen weissem und braunem Fleisch meist noch eine grosse Rolle. Auf Grund verschiedener Beobachtungen wenden sich die Verfasser gegen die Anschauung von der Schädlichkeit des braunen Fleisches bei subchronischen und chronischen Nephritiden — von den acuten Formen ist keine Rede — und behaupten, dass man Nierenkranken, falls man Fleisch überhaupt für zulässig hält, die Auswahl desselben ruhig selbst überlassen kann. Vf. haben davon niemals einen Nachtheil für die Patienten entspringen gesehen, dagegen

häufig Vortheile, indem die Kranken, die durch die Einseitigkeit der Kost zu schlechten Essern geworden waren, unter der grösseren Abwechslung wieder besseren Appetit bekamen. — (Zeitschr. f. klin. Med.; Wien. klin. Wochenschr.)

Ein Fall von Vergiftung durch Extractum Filicis maris. Von Dr. W. Gotthilf. Vf. wurde eilig zu einem Patienten gerufen und fand einen robusten, fettleibigen, dreissigjährigen Mann im vollständigen Koma, das Gesicht stark aufgedunsen, auf der Stirne kalter Schweiss. Auf Anrufen und Nadelstiche erfolgte keine Reaction. Auf Fragen erfuhr G. von den Angehörigen, dass Patient bereits seit zwei Tagen an starkem Kopfweh, Schwindel, Benommenheit und Appetitlosigkeit gelitten und in der letzten Nacht heftig erbrochen habe. Eine halbe Stunde bevor G. den Patienten sah, sei derselbe plötzlich bewusstlos zusammengestürzt. Die Untersuchung ergab einen kaum fühlbaren Puls, Herztöne leise, Augen halb geöffnet, Pupillen weit, Patellarreflexe gesteigert, der ganze Körper in einem Krampfzustande, besonders die Arme, starker Trismus. Es wurde eine Kampherinjection gemacht und Eisblase auf den Kopf gelegt. Nach einer Viertelstunde wurde der Puls voller und Patient reagirte plötzlich auf Anrufen, der Krampf hielt aber noch an. Hierauf wurde eine Morphininjection gemacht, der Krampf liess nach. Patient verfiel in Schlaf. Einige Stunden später war er verhältnissmässig munter, schwitzte aber in ganz abnormer Weise. Nun erst erzählte er, dass er sich vor drei Tagen von einem Homöopathen, einem sogenannten Bandwurmdoctor, ein Mittel gegen seinen Bandwurm verschafft habe. Er habe dann die Flasche mit einer ganz schwarzen Flüssigkeit, die circa $^3/_4$ gefüllt war, ausgetrunken. Ein Abführmittel hat er nicht hinterher genommen. Es soll auch der Bandwurm zum Theil abgegangen sein. G. bemühte sich nun, das Mittel zu erhalten und stellte fest, dass in der Flasche Extr. Felicis maris, circa 10·0—11·0 g gewesen war. Zwei Stunden nach Einnahme des Mittels waren dann schon bei dem Patienten Vergiftungserscheinungen aufgetreten, bis am dritten Tage der eigentliche Anfall kam. Durchfälle und Ikterus waren nicht vorhanden. Im Urin geringe Eiweissspuren. Patient konnte, nachdem er noch einige Löffel Ricinusöl erhalten, am vierten Tage das Bett verlassen. — (Münch. med. Wochenschr., Therap. Monatsh.)

Ueber Anwendung des Kamphers. Von Dr. Haeubler. Vf. zieht eine Lösung von Kampher in Aether

der in Oel vor, und zwar aus rein äusserlichen Gründen, da die ölige Lösung Alles, womit sie in Berührung kommt, unangenehm verschmiert, in Sonderheit die Injectionsspritze. Die Lösung, die er stets vorräthig hat, besteht aus Camph. trit. und Aeth. sulfur. zu gleichen Theilen, so dass also eine Pravaz'sche Spritze etwa 1·0 Kampher enthält. Hiervon injicirt er bei Collapszuständen bei Erwachsenen zunächst eine volle Spritze und lässt nach einigem Zuwarten, sobald sich der Collaps noch nicht gehoben hat, nach Bedarf noch circa $^1/_2$—1 Spritze folgen. Trotz dieser recht hohen, die gebräuchlichen Mengen weit überschreitenden Dosen hat er noch keine toxischen Wirkungen des Mittels beobachtet. Ein dreijähriges Kind mit Scharlach, das im Bade einen Collaps hatte, erhielt drei Theilstriche der Löung von der oben erwähnten Concentration, also ungefähr 0·3 Kampher, injicirt: Hebung des Collapses. Bei einer Patientin mit Puerperalfieber hat er gleichfalls mit hohen, längere Zeit angewandten Kampherdosen gute Erfahrungen gemacht: dreistündlich ein Pulver von Camph. trit. 0·2 und Antipyrin. 0·5, das macht, wenn man für den Tag fünf dieser Pulver rechnet, 1·0 Kampher pro die. Diese Medication erfolgte sieben Tage hinter einander, so dass in dieser Zeit 7·3 Kampher genommen wurden, es trat dann Widerwillen gegen den Geschmack des Mittels ein. Die Patientin ist genesen. Trotz der hohen und fortgesetzt genommenen Kampherdosen auch hier keine toxischen Wirkungen. Kampherinjectionen macht Vf. stets in die Unterschlüsselbeingruben, Hautnekrosen sind dabei noch nicht vorgekommen. Bei jüngeren Kindern gibt Vf. Kampher, wenn nicht ganz dringende Indication vorliegt, nicht als Injection, auch wegen des schlechten Geschmackes nicht per os, sondern als Klysma, 0·1 Camph. trit. in einer kleinen Spritze Tokayer, öftere Wiederholung dieser Application sucht er nach Möglichkeit zu vermeiden, wegen einer zu befürchtenden zu starken localen Reizung der Mastdarmschleimhaut. — (Therap. Monatsh.)

Proton, ein neues Nährmittel aus Milch, besteht angeblich zu $^4/_5$ aus Milcheiweiss und sollen aus 100 l Magermilch 3 kg Proton gewonnen werden. Das Präparat bildet ein schneeweisses, loses, in Wasser leicht lösliches, leicht verdauliches und unbegrenzt haltbares Pulver, welches in 100 Theilen Trockenmasse circa 90 Theile Eiweiss enthält. Auch zur Klärung von Wein soll Proton geeignet und nicht kostspieliger sein als Hausenblase. Eine Protonfabrik ist in Schweden bereits im Bau begriffen und für Frankreich.

Italien, Deutschland, Russland und die Schweiz sind Fabriken geplant. Die „Molkerei-Zeitung“ bemerkt hiezu: „Nach der Patentschrift besteht das Jost'sche Verfahren darin, das Caseïn zunächst durch Alkalien in eine verdünnte Lösung überzuführen und dann bei 100—105° in einer besonderen Vorrichtung zu trocknen. Die Ueberführung des Caseïns in Lösung geschieht durch Zusatz von 0·75 kg oder mehr Natriumcarbonat zu 54 kg gepresstem Quark. Hienach unterscheidet sich das neue Präparat nicht von Plasmon und wird ebensowenig wie dieses als Nahrungsmittel in Aufnahme kommen.“ — (Int. Ph. Gen.-Anz.)

Petrosapol ist ein seifenhaltiger, aus Petroleumrückständen hergestellter Körper von brauner Farbe und salbenartiger Consistenz. Er dient theils allein als Salbe und Salbengrundlage, theils mit Vaselin vermischt. Vermöge seines hohen Schmelzpunktes (90° C.) wird Petrosapol beim Auflegen auf die Haut nicht dünnflüssig. Bei Entzündung der Haarbälge und Talgdrüsen der Haut soll das Präparat in Verbindung mit Zinkoxyd, Amylum, Resorcin etc. mit gutem Erfolge angewendet worden sein. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Arrhenal, ein neues Specificum gegen Malaria. Während bis nun das Arsen und seine Präparate nur zur Behandlung der Malariakachexie verwendet wurden, hat in jüngster Zeit Prof. Gautier nachgewiesen, dass das Arsen ein wirkliches Specificum gegen den Malariaanfall selbst und somit ein vollständiges Ersatzmittel für das Chinin, selbst in perniciösen Fällen, bildet. Das zu diesem Zwecke verwendete Präparat steht den Kakodylpräparaten sehr nahe und ist ein methylarsensaures Natrium ($AsCH_3O_3Na_2$). Versuche an Thieren haben zunächst ergeben, dass das Mittel vollständig unschädlich ist. Die subcutane Injection von 1 g des Präparates blieb bei einem 20 kg schweren Hunde ohne jede Wirkung, und weisse Mäuse gingen erst zugrunde, nachdem sie eine Dosis des Mittels genommen hatten, die einer Menge von 56 g pro Kilogramm Körpergewicht gleichkommt. Nachdem die Unschädlichkeit des Mittels festgestellt war, versuchte es Gautier an sich selbst per os und subcutan. Dann erst übergab er es

zu therapeutischen Versuchen. Das neue Kakodylpräparat, welches Gautier als Arrhenal oder Sal arsenicale B bezeichnet, wurde auf den Rath von Laveran nach Afrika geschickt, woselbst es Dr. Billet im Militärspitale zu Constantine an neun schweren afrikanischen Malariafällen versuchte. Das Mittel wurde zunächst vorsichtshalber in Dosen von 0·05—0·10 subcutan verabreicht. Die Injection war nicht schmerzhaft, wurde gut vertragen und das eingespritzte Mittel wurde rasch und vollständig resorbirt. Trotz der zu geringen Dosis wurden sämmtliche neun Fälle, selbst solche mit perniciösem Charakter, nach 1—2, selten 3 Injectionen geheilt. Die Wiederholung der Injection wäre nicht nöthig gewesen, wenn man von vorneherein 0·10 oder sogar 0·15 eingespritzt hätte. Besonders bemerkenswerth ist, dass in diesen Fällen das Chinin in grossen Dosen ohne Wirkung blieb und die Plasmodien nicht gänzlich zum Schwinden bringen konnte. Es war somit das Arrhenal wirksamer als das Chinin. Im Gegensatze zum Chinin hatte das Arrhenal auf den Magen eine sehr günstige Wirkung, indem die Kranken schon am Tage nach der letzten Injection zu essen verlangten, die Zunge sehr bald gereinigt war und der Kräftezustand sich rasch hob. Eine sehr wichtige Thatsache ist ferner die in allen neun Fällen constatirte beträchtliche Zunahme der Zahl der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes. Diese Zunahme war 24—48 Stunden nach der Injection schon deutlich nachweisbar. In Bezug auf die Dosirung betont Gautier, dass er selbst ohne jeden Nachtheil sowohl innerlich als auch subcutan zumindest die doppelte als die von Billet angewendete Dosis verabreicht hatte. Gestützt auf diese Versuche und auf die von ihm selbst und Anderen gemachten Erfahrungen empfiehlt Gautier dringend das Arrhenal als Ersatz für Chinin bei Malaria. — (Klin.-therap. Wochenschr.)

Nervocidin. Nervocidin ist ein neues, zur Devitalisation der Pulpa empfohlenes Mittel, welches gegenüber der bisher allgemein üblichen arsenigen Säure gewisse schätzenswerthe Vortheile bietet. Es ist der pulverförmige, salzsaure Extract aus der Rinde einer Gasu-Basu benannten Pflanze Hinterindiens. Zum ersten Mal von Dalma empfohlen (Oesterr.-ungar. Viertelsjahresschr. f. Zahnheilk., XVI. Jahrg., Nr. 4) wurde es an der zahnärztlichen Universitätsklinik in Budapest auf seine klinische Verwendbarkeit und pharmakodynamische Wirkung geprüft. Madzsar und Balassa heben (l. c. XVI. Jahrg., Nr. 4) als wesentliche Vorzüge

des Nervocidins gegenüber der arsenigen Säure hervor, dass es bereits durch eine 3 mm dicke cariöse Dentinschichte analgesirend auf die Pulpa wirkt, wodurch die wegen ihrer Schmerzhaftigkeit schwer erträgliche und von den Patienten so sehr gefürchtete Entblössung der Pulpa wegfällt; vor Application von $As\,O_3$, dem sogenannten „Nervtödten", muss nämlich stets die Pulpa vollkommen freigelegt werden. Nach Einlegung von $As\,O_3$ folgt ein schmerzhaftes Stadium von minutenlanger bis mehrstündiger Dauer, welches bei Nervocidin entfällt. $As\,O_3$ kann eine Periodontitis toxica oder bei unvorsichtiger Anwendung Verätzung und Nekrose von Zahnfleisch und Alveolarfortsatz erzeugen; weder das Eine noch das Andere wurde bei Nervocidin beobachtet. Bei Thierversuchen kam Arkövy (l. c. XVII. Jahrg., Nr. 2) zu dem Ergebnisse, dass Nervocidin ein Nervengift ist, welches sowohl die peripheren Endigungen der Nervenbahnen, als auch die Nervencentren lähmt. Es ist daher ein vorzügliches locales Anästheticum, dessen analgetische Wirkung an Dauer alle übrigen Anästhetica (Cocaïn etc.) übertrifft, indem es ohne schädliche Nebenwirkung den Effect über 2—3 Tage aufrecht erhält. Auf Schleimhäuten erzeugt es Hyperämie und Pustelbildung, in die Mundhöhle gebracht, Ptyalismus, Nausea und Erbrechen, bei Application auf die Conjunctiva eine heftige Keratitis ulcerosa, die das Auge mit Vernichtung bedroht. Ein Antidotum wurde bisher nicht gefunden.

Bei Enteritis wird empfohlen:

1. Rp. Tinct. coto } āā 5·0
Tinct. colombo }
Tinct. laud. simpl. 1·0

D. S. Stündlich fünf Tropfen zu nehmen.

2. Rp. Decoct. rad. colombo
e 15·0 : 180·0
Mucil. salep. 10·0
Extr. laud. aquos 0·1
Syr. cort. aur. ad 20·0

D. S. Zweistündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

3. Rp. Decoct. lign. campech.
e 20·0 : 180·0
Extr. laud. 0·1
Syr. cort. aur. ad 20·0

D. S. Zweistündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

4. Rp. Extr. bacc. myrtilli 30·0
Kal. carbon. 3·0
Aq. destill. 7·0
Butyr. cacao 60·0

M. f. suppos. Nr. XXX. D. S. Früh und Abends ein Stuhlzäpfchen einzulegen.

5. Rp. Bismuth. salicyl. 5·0
Extr. laud. 0·1
Mucil. gumm. arab. q. sat.
Aq. font. ad 200·0

D. S. Stündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

6. Rp. Katechu pulv. 12·0
Kino pulv.
Rad. ratanh. } āā 6·0
Cort. cinnamom.
Sem. myristic. } āā 3·0

M. f. p. D. S. Dreimal täglich eine Messerspitze voll zu nehmen.

7. Rp. Chinin. betanaphthosulfon. 6·0
Sacchari
Album. ovi } āā 1·0
Aq. destill. q. sat.

ut f. pilul Nr. LX. Obduce argento foliato. D. S. Zweistündlich drei Pillen zu nehmen.

8. Rp. Tinct. cascarill. 10·0
Tinct. op. simpl. 3·0
Tinct. strychni 2·0

D. S. Dreimal täglich zehn Tropfen zu nehmen.

9. Rp. Extr. fluid. aescul. hippocastan. 25·0

D. S. Stündlich 20 Tropfen zu nehmen.

10. Rp. Extr. fluid. fruct. bela 15·0

D. S. Zweistündlich 20 Tropfen zu nehmen.

11. Rp. Cotoini 0·05
Spir. vin. 10·0
Aq. destill. 120·0
Syr. simpl. 30·0

D. S. Zweistündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

Bei Hämaturie:

Rp. Extr. fluid. Pichi 30·0
Kal. nitr. 4·0
Syr. simpl. ad 120·0

D. S. Dreistündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Sitzungsberichte.

73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg.

Jolly: Die Indication des künstlichen Abortus bei der Behandlung von Neurosen und Psychosen.

Die Scheu, einer falschen Anschuldigung ausgesetzt zu werden, ist wohl der Grund, dass über die Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Neurose so wenig Mittheilungen veröffentlicht worden sind und doch bedingen die Neurosen nicht selten die Einleitung des Abortus. Als wichtigste Erkrankung ist die Chorea gravidarum zu nennen; viele Fälle derselben verlaufen allerdings glücklich und können vor der Zeit zur Ausheilung kommen, aber die Chorea der Erwachsenen ist prognostisch ungünstiger als die Chorea der Kinder. Die Gefahren sind durch Endokarditis und Albuminurie, welche als Begleiterscheinungen der Infection auftreten, bedingt. Ferner gesellen sich hallucinatorische Zustände, in der die Kranken schwer zu ernähren sind, hinzu, infolge dessen die Frauen marastisch zugrunde gehen können. Eine weitere Gefahr liegt in der Intensität der choreatischen Bewegungen, welche zu Verletzungen und allgemeinen furunculösen Abscessen führen können. Einen

derartigen Fall, in dem die Kranke an Sepsis starb, beobachtete Jolly. Es lässt sich nun bestimmt versichern, dass man durch die Unterbrechung der Schwangerschaft gewöhnlich eine rasche Abnahme der choreatischen Erkrankungen erzielen kann. Bisweilen stellt sich unmittelbar nach der Entbindung eine vorübergehende Zunahme der Bewegungen ein. Es ist nicht von vorneherein bei Chorea nothwendig, die Schwangerschaft zu unterbrechen, man muss aber darauf gefasst sein, bei Zunahme der Jactationen, bei Störung der Ernährung, die Fehlgeburt einzuleiten. Weitere Neurosen, welche in Frage kommen, sind die Epilepsie, bei ihr ist die Unterbrechung der Schwangerschaft werthlos; auf die Eklampsie geht Jolly nicht näher ein. Eher findet sich bei Hystero-Epilepsie die Indication zur Unterbrechung der Gravidität. Von den hysterischen Erscheinungen ist unstillbares Erbrechen zu erwähnen, wie weit dasselbe jedoch hysterischer Ursache ist, lässt sich nur von Fall zu Fall erörtern. Häufig entwickelt sich während der Schwangerschaft Melancholie, das Gefühl der fehlenden Leistungsfähigkeit, Selbstanklagen, Angstgefühl und Selbstmordideen sind nicht selten. Viele Fälle genesen während der Gravidität, bei manchen jedoch finden sich Uebergänge in delirante Zustände, selbst Formen, welche zu dauernden Psychosen führen können. Die Angst vor dem ungünstigen Verlauf der Schwangerschaft ist häufig. Jolly schildert Fälle, in denen durch Unterbrechung der Schwangerschaft sich sehr schnell das psychische Verhalten besserte. Es handelt sich stets um psychopathische Personen; meist waren mehrere Schwangerschaften gut verlaufen, aus irgend einer Ursache glauben die Frauen, dass sie diese Schwangerschaft nicht überstehen werden und so entwickelt sich das Bild der Melancholie, dieselbe war meist auf dem Höhepunkt angelangt, bei dem die Ueberführung in die Anstaltsbehandlung geboten schien; aber auch dann wäre es fraglich, ob die Patientin zu retten wäre, denn Selbstmord oder fortschreitende Psychose sind selbst bei der Anstaltsbehandlung wahrscheinlicher als Heilung. Ist also ohne Anstaltsbehandlung eine Rettung der Kranken nicht zu erwarten, so ist die Indication zur Einleitung der Fehlgeburt gegeben. Die Aussicht, dass das kommende Kind psychopathisch belastet wäre, darf hingegen nicht in Betracht gezogen werden. Zweckmässig ist es, vor einem operativen Eingriff einen zweiten Arzt zu Rathe zu ziehen.

Discussion:

Martin: Man muss unterscheiden in den einzelnen Fällen, in denen die Frauen unsere Hilfe aufsuchen, ob die Frau am Ende der Gravidität sich befindet, hier ist ein Abwarten möglich; hingegen ist die Verantwortung im Beginn der Schwangerschaft wesentlich grösser. Schwere Fälle von Chorea führten ihn wiederholt zur Unterbrechung der Gravidität, dieses war bei Epilepsie niemals nöthig. In einem Fall von Melancholie musste er gleichfalls den Abort einleiten; wir müssen uns jedoch bemühen, die Indicationen zur Unterbrechung mit den äussersten Vorsichtsmassregeln zu umgeben. — Die Hyperemesis gravidarum ist sicher in vielen Fällen eine Neurose, daher sah Martin wenige Fälle, welche nicht in einfacher Weise durch Aenderung der Ernährung sich bessern liessen, nur dreimal führte in seiner Praxis diese Indication zur Einleitung der Fehlgeburt.

Zweifel sah verhältnissmässig viele Fälle von Chorea, in denen er längere Zeit mit der Unterbrechung zögerte und die Erfahrung machte,

dass sie glücklich verliefen. Dann kamen aber wiederum so schwere Fälle, die nach anfänglich günstigem Verlauf unglücklich endeten. Er sieht daher jede Choreaerscheinung in der Gravidität als strenge Indication zur Unterbrechung der Schwangerschaft an, da ohne dieselbe in fast 25 % der Fälle der Exitus eintritt. Anders verhält es sich bei der Melancholie. Melancholische Zustände sind sehr häufig, man soll sich den Wünschen der Frau nach Unterbrechung der Schwangerschaft streng entgegen setzen, man muss ihr zeigen, dass jede Angst vor der Entbindung unnöthig ist. In sehr schweren Fällen der Psychose kann dieselbe allerdings zur Unterbrechung zwingen.

Lohmer knüpft an seine Arbeit über Unterbrechung der Schwangerschaft an, in welcher er einen Fall beschreibt, in dem er wegen Melancholie den Abort einleiten musste. Die Patientin hatte sechs Kinder, trotzdem hatte sie nicht den Wunsch zu abortiren, später hat sie noch zweimal geboren. Crohn berichtet gleichfalls über günstigen Erfolg bei Einleitung der Frühgeburt wegen Melancholie.

Binswanger betont, dass auch epileptische Formen, welche sich steigern und mit psychischen Affectionen sich combiniren können, zur Unterbrechung der Schwangerschaft zwingen.

Flatow empfiehlt bei Hystero-Epilepsie die Suggestionstherapie zu verwenden. — (Berl. klin. Wochenschr.)

Bücher-Anzeigen.

Behandlung des männlichen Harnröhrentrippers und seiner Complicationen. Von Prof. Dr. M. Zeissl, Berlin-Wien. Urban & Schwarzenberg, 1902.

Wer auf diesem Gebiete unseres Wissens gründliche Orientirung und Belehrung sucht, dem können wir Zeissl's Schrift wärmstens empfehlen. Besonders der praktische Arzt wird den therapeutischen Auseinandersetzungen Zeissl's mit grossem Nutzen folgen. Die Therapie dieses Autors ist wissenschaftlich gut begründet, sehr nüchtern und ebenso weit entfernt von unnützer Vielgeschäftigkeit als von nihilistischem Sichgehenlassen. Auf jeder Seite ist das Bedürfniss des praktischen Arztes ins Auge gefasst. Die technische Ausstattung des Werkchens ist vortrefflich.

Horovitz.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.

Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Ueber Diabetes mellitus.

Von Dr. Th. Robert Offer.

Den Krankheitsbegriff des Diabetes mellitus erschöpfend zu definiren, bietet grosse Schwierigkeiten. Wollte man auf das wichtigste Symptom, die Zuckerausscheidung im Harne, das Hauptgewicht legen, unterläge man dem Irrthum, dass jede Glykosurie dem Diabetes beizuzählen sei; v. Noorden gibt folgende Definition: Wir verstehen unter Diabetes mellitus jene Krankheit, bei welcher nach Aufnahme mässiger oder geringer Mengen von Kohlehydraten oder selbst bei Ausschluss von Kohlehydraten Dextrose (Traubenzucker) durch längere Zeit ausgeschieden wird. Diese Definition stützt sich aber nur auf die wichtigste Veränderung, ohne das Wesen der Krankheit zu präcisiren. Greift man auf das biologische Princip zurück, ist Diabetes als jene Krankheit zu erklären, bei welcher der Organismus die Assimilationsfähigkeit zum Theile oder ganz eingebüsst hat; dadurch wird der Zucker von den gewöhnlichen Bahnen abgeleitet, gelangt ins Blut und in den Harn.

Der im Urin zur Ausscheidung gelangende Zucker kann aus folgenden Quellen stammen: Er kann von nicht assimilirten Kohlehydraten herrühren (alimentäre Form) oder von aufgespeichertem Glykogen abstammen, aus dem Körpereiweiss oder Fett entstanden sein (Pavy).

Die Assimilationsfähigkeit des Organismus für Kohlehydrate ist unter normalen Verhältnissen keine unbegrenzte. Gelangen plötzlich grosse, ein bestimmtes Mass übersteigende Mengen Kohlehydrate zur Resorption, ist der Organismus nicht mehr fähig, den ganzen Zucker, denn als solcher werden die Kohlehydrate resorbirt, entweder als Glykogen in der Leber abzulagern oder zu Fett umzuwandeln. Jener Theil, welcher der Ablagerung und Umwandlung entgeht, gelangt ins Blut. Der Blutzuckergehalt steigt. Uebersteigt der Zuckergehalt des Blutes eine bestimmte Grenze (0·2 %), tritt Zucker in den Harn über, weil die Niere nicht mehr im Stande ist, den Zucker zurückzuhalten.

Jene Grenze, bis zu welcher die Zuckerzufuhr gesteigert werden muss, damit Zucker in den Harn übertritt, nennt man Assimilationsgrenze (v. N o o r d e n).

Diese ist für die verschiedenen Kohlehydrate verschieden und sinkt bei hungernden Individuen ab.

Für Traubenzucker liegt die Assimilationsgrenze zwischen 150—200 g, wenn die Darreichung im nüchternen Zustande erfolgt.

Stärke ruft selbst bei excessiver Steigerung der Zufuhr normalerweise keine Glykosurie hervor, weil die Resorption derselben so viel Zeit in Anspruch nimmt, dass der Organismus seiner Aufgabe nachkommen kann, den aus der Stärke gebildeten Zucker zu verarbeiten. Deshalb ist eine nach gesteigerter Amylumzufuhr auftretende Glykosurie als pathologisch anzusehen. (N a u n y n.)

Das Glykogen ist das Reservemateriale für den Zucker, den der Organismus braucht, um Arbeit und Wärme zu liefern. Es stammt aus den Kohlehydraten der Nahrung. Nach der Resorption im Darme gelangen die Kohlehydrate als Dextrose in das Pfortaderblut, welches sie zur Leber leitet. Hier wird der Zucker zurückgehalten und in Glykogen verwandelt, um als solches in der Leber deponirt zu werden. Nur ein geringer Theil des Zuckers verlässt die Leber mit dem Blute der Lebervenen. Der Gehalt des Blutes der Lebervenen ist nicht grösser, als der des übrigen Kreislaufes, das Pfortaderblut ausgenommen.

Eine zweite Ablagerungsstätte für das Glykogen sind die Muskeln. Das Glykogen der Muskeln wird durch das in allen Geweben circulirende diastatische Ferment in Zucker umgewandelt. Der hier gebildete Zucker wird zur Arbeitsleistung der Muskel herangezogen, indem er verbrennt. Das verbrauchte Glykogen wird durch den mit dem Blute zugeleiteten Zucker wieder ersetzt, indem er als Glykogen daselbst deponirt wird. Dieser fortwährende Wechsel in Verbrauch und Zufuhr wird von der Leber aus regulirt, indem hier in dem gleichen Masse, als Zucker zur Muskelarbeit verbraucht wird, Glykogen als Zucker in die Lebervenen und Arterien abgesehen wird. Daraus erklärt sich der constante Gehalt des Blutes an Zucker, der normalerweise 0·1 % nicht weit übersteigt.

Wird aus irgend einem Grunde von der Leber mehr Glykogen in Zucker umgewandelt, als zum Ersatze des durch die Arbeitsleistung verbrauchten nothwendig ist, steigt der Blutzuckergehalt.

Die Nieren sind im Stande, den im Kreislaufe circulirenden Zucker fast vollständig zurückzuhalten — auf die Gründe, weshalb dies der Fall ist, werde ich später zu sprechen kommen — lassen jedoch Zucker durch, sobald der Gehalt des Blutes an Zucker eine gewisse Grenze (0·2 %) überschreitet.

Die Zuckerbildung aus Eiweiss kann nach den zahlreichen chemischen (Fränkel, Müller und Seemann, Langstein etc.) und experimentellen (Seegen, v. Mering, Minkowski) Forschungen nicht mehr bezweifelt werden.

Seitdem es gelungen ist, aus reinem (krystallisirtem) Eiweiss Zucker darzustellen, haben die auf experimenteller Grundlage aufgestellten und durch klinische Beobachtungen erhärteten Behauptungen, dass Zucker aus zerfallendem Eiweiss entstehe, wenn alle Glykogenreserve erschöpft ist, sowie die Erscheinung, dass bei vollständiger Kohlehydratcarenz immer noch Zucker ausgeschieden wird, ihre genügende Erklärung gefunden.

Für den aus Eiweiss entstehenden Zucker haben wir ein Mass. Minkowski gibt an, dass aus 100 g Eiweiss mindestens 45·0 g Zucker gebildet werden. Nehmen wir an, dass der gesammte Stickstoff des zersetzten Eiweiss im Harne erscheint, was zwar Umber in Frage stellt, so können je 16 g Stickstoff (= 100 g Eiweiss) 45 g Zucker entsprechen oder 1 g Stickstoff = 2·8 g Dextrose.

Als eine noch immer nicht ganz gelöste Frage ist die der Zuckerbildung aus Fett anzusehen. v. Noorden sieht die Zuckerbildung aus Fett als eine sich normalerweise abspielende, physiologische Erscheinung an.

Verarmt die Leber an Glykogen, findet man immer noch Zucker im Blute. Die Muskelthätigkeit hält noch an. Wir sind gezwungen, eine andere Quelle für die nothwendige Zuckerbildung zu suchen, da wir wissen, dass der Eiweissumsatz nicht genügt, den Stoff- und Kraftbedarf zu decken. Es kann nur eine stickstofffreie Substanz sein. Das geeignete Material finden wir im Fette. Dieses kann direct verbrennen und so den Kraftumsatz im Muskel decken. Dafür, dass der Muskel im Stande sei, das Fettmolecül direct anzugreifen, fehlt uns die Kenntniss, hingegen verbrennt der Muskel für seine Kraftleistung Zucker. Es ist daher, wie v. Noorden sagt, wahrscheinlich, dass Fett, ehe es an den Muskel herantritt, in eine für den Zweck geeignete Form, in Zucker umgewandelt wird. Seegen sowie Weiss haben an

überlebenden Lebern die Zuckerbildung aus Fett experimentell nachgewiesen.

Die klinischen Beobachtungen von Rumpf, Rosenquist, v. Noorden und Mohr machen es mehr als wahrscheinlich, dass es sich bei Diabetikern um eine Zuckerbildung aus Fett handle, sobald die Zuckerausscheidung weit grösser ist, als aus den eingeführten Kohlehydraten und dem zerfallenden Eiweiss zu erwarten ist.

Zwei Formen des experimentellen Diabetes verlangen eine eingehendere Besprechung, denn an ihnen hat man Studien über den Stoffwechsel des Diabetes angestellt.

v. Mering sah bei Thieren nach subcutaner Einspritzung, ebenso wie nach Verabreichung per os, dass Phloridzin Glykosurie bewirke. Phloridzin ist das Glykosid der Wurzelrinde mehrerer Obstbäume (des Apfel-, Kirschen-, Birnbaumes). Diese Glykosurie ist durch eine abnorme Permeabilität der Nieren für den Blutzucker bedingt.

Während sonst die Nieren den Blutzucker zurückhalten, verlieren sie nach Phloridzinvergiftung diese Fähigkeit. Es sinkt dabei der Blutzuckergehalt ab, von der Leber her strömt immer neuer Zucker nach; dadurch verarmt die Leber an Glykogen. Der Zucker verlässt ungenützt den Körper und das Depot verarmt an Reservemateriale. Der Organismus deckt diesen Verlust an kraftbildender Materie durch Heranziehung von Körpereiweiss und Fett zur Verbrennung.

Die Thiere magern ab. Es zeigt sich das Bild der Inanition mit allen ihren Begleiterscheinungen, erhöhter Eiweisszerfall, Auftreten von abnormen Stoffwechselproducten, Oxybuttersäure, Diacetsäure und Aceton; allgemeine körperliche Mattigkeit.

Die zweite Form ist die von v. Mering und Minkowski nach totaler Exstirpation des Pankreas beobachtete Glykosurie. Bei Hunden tritt ausnahmslos nach totaler Exstirpation des Pankreas innerhalb 24 Stunden schwere Glykosurie auf, die in einigen Wochen zum Tode des Thieres führt. Dies weist zunächst darauf hin, dass das Pankreas ein für den Zuckerhaushalt nothwendiges Organ ist. Unentschieden ist, welche Function diesem zukommt. Die Einen glauben, dass es sich durch die Exstirpation der Drüse um die Vernichtung der Bildungsstätte des glykolytischen Fermentes (Lepine, Barral etc.) handle, während Andere das Pankreas als das Entgiftungsorgan für den Zuckerver-

brauch hemmende Toxine ansehen. So viel ist sicher, dass der Zuckerumsatz geringer ist, als die Zuckerproduction, denn das Blut ist reicher an Blutzucker. Da nur bis zu einem gewissen Grade Zucker von der Niere zurückgehalten wird, tritt der überschüssige Zucker in den Harn über.

Das Molecül des Zuckers ist so klein, dass es auffällig ist, dass der Blutzucker, der 0·1 % des Blutes beträgt, nicht die Membranen, als welche man die Nierengefässe in ihren letzten Endigungen ansehen muss, dem Gesetze der Osmose folgend, passirt. Offenbar handelt es sich nicht um frei circulirenden Zucker, sondern um eine, wenn auch lockere Anlagerung des kleinen Zuckermolecüls an ein grösseres Molecül, z. B. Eiweiss, welches den Zucker von der Diffusion zurückhält. Stehen dem Zucker nicht genügend Anlagerungsmolecüle zur Verfügung, wie es scheinbar bei einem höheren Zuckergehalte als 0·2 % des Blutes der Fall ist, folgt der Zucker dem Bestreben, den osmotischen Druck zwischen Gefäss und umgebendem Gewebe auszugleichen und tritt in das Harnwasser über.

Aus dem bisher Gesagten lassen sich zwar gewisse Formen von Glykosurie erklären, daraus einen sicheren Anhaltspunkt für den gestörten Kohlehydratstoffwechsel im Diabetes zu gewinnen, ist jedoch nicht möglich.

Bei den Glykosurien handelt es sich zunächst um einen herabgesetzten Zuckerverbrauch. Wollte man diesen auch als Grund des Diabetes annehmen, bliebe eine Reihe von Erscheinungen unerklärt.

Nach Kolisch ist nicht nur der gestörte Zuckerverbrauch die Ursache der diabetischen Glykosurie, sondern auch eine gesteigerte Zuckerproduction.

Diese Ueberproduction findet statt, indem aus dem Glykogen der Leber immer neuer Zucker gebildet wird und in die Circulation gelangt, obgleich der Verbrauch an Zucker in den Geweben nicht gesteigert ist. Nach und nach tritt Glykogenverarmung ein; es werden dann jene Quellen zur Zuckerbildung geöffnet, welche ich bereits erwähnt habe, das Körpereiweiss und das Fett.

Bei Berücksichtigung aller Forschungen über Verbrauch und Production von Zucker bei experimentell erzeugtem Diabetes und am Kranken müssen wir zum Schlusse gelangen, dass es sich um beide pathologische Ursachen handelt, d. h., dass es Fälle gibt, die auf „Minderverbrauch“ des Zuckers in den Geweben beruhen

und dass andere wieder durch eine deutliche „Ueberproduction“ bei gleichbleibendem Verbrauche bedingt sind, ja es gibt sogar Fälle, in denen Minderverbrauch und Ueberproduction combinirt sind.

Ich bin der Ansicht, dass diese wechselnden Verhältnisse als Ursache der Schwere der Erkrankung anzusehen sind. Jene Fälle, welche nur auf einem Minderverbrauch basiren, werden bei Beschränkung oder bei vollständiger Entziehung der Kohlehydrate keine Zuckerausscheidung im Harne aufweisen. (Fälle leichteren Grades.)

Ist Ueberproduction die Ursache der diabetischen Glykosurie, wird es unsere Aufgabe sein, zu eruiren, welches das Bildungsmateriale für den überschüssig gebildeten Zucker ist. In der Mehrzahl der Fälle ist es das Eiweiss, u. zw. zunächst das animalische (v. Noorden, Kolisch). Die Zuckerausscheidung hält trotz fortdauernder Entziehung der Kohlehydrate in der Nahrung an. Es gelingt erst bei Verminderung der Eiweisszufuhr, die Glykosurie zu beheben. (Schwere Fälle mittleren Grades.)

Oft scheitert auch die vollständige Entzuckerung nach herabgesetzter oder vollständig behobener Fleischzufuhr (animalisches Eiweiss). Die Zuckerausscheidung sinkt zwar bis auf wenige Zehntelpercente, hört aber nicht vollständig auf. Obzwar die Quellen der Zuckerbildung ausgeschaltet sind, genügt der ohne Nahrungsreiz im Körper sich fortwährend bildende Zucker (aus Fett?) wegen des gleichzeitigen Minderverbrauches, um eine Glykosurie zu bewirken. (Schwere Fälle.)

Der Grund, warum das eine Mal gestörter Verbrauch, das andere Mal Ueberproduction die Ursache der Glykosurie ist, ist bis jetzt ebenso unklar geblieben, wie die Aetiologie des Diabetes überhaupt. Unsere therapeutischen Massnahmen sind daher rein symptomatische; sie trachten, die Zuckerausscheidung herabzudrücken und zum Verschwinden zu bringen.

Durch den Verlust an Zucker, jener Substanz, welche durch ihre Verbrennung die für die Arbeit nothwendige Wärme liefert, wird die Nahrung des Diabetikers, wenn sie sonst auch vollwerthig ist, entwerthet, u. zw. um den Calorienwerth des ausgeschiedenen Zuckers.

Nehmen wir an, dass ein Diabetiker bei einer Nahrung von 2400 Calorien täglich 70 g Zucker ausscheidet, wird der calorische Werth derselben um die den 70 g Zucker entsprechenden 287 Ca-

lorien (1 g Zucker = 4·1 Cal. vermindert. Diese Entwerthung nimmt mit der Grösse der Zuckerausscheidung zu. Die Folge der anhaltenden Verminderung des Brenn- und Nährwerthes der Nahrung ist, dass infolge der constanten Unterernährung der Diabetiker sein Körperfett und Körpereiweiss angreift. Er magert immer mehr ab.

Der Abmagerung kann nur durch entsprechende diätetische Massnahmen entgegengearbeitet werden. Die nächstliegende Aufgabe bei der Behandlung eines Diabetikers ist, den Verlust an Calorien durch zweckentsprechende Kostanordnungen zu beheben.

Um diesen Verlust kennen zu lernen, muss die tägliche, u. zw. 24 stündige Zuckerausscheidung controlirt werden. Der in der Praxis fast ausnahmslos beobachteten Gewohnheit, eine beliebige Harnportion zur percentuellen Bestimmung des Zuckers der Analyse zuzuführen, kann nicht energisch genug entgegengetreten werden. Es zeigt vom gänzlichen Verkennen des therapeutischen Zieles, wenn der behandelnde Arzt sich mit einer solchen werthlosen Analyse begnügt; und wie oft gegnügen sich Arzt und Patient mit dem Absinken der Zuckerausscheidung um wenige Zehntelpercent, und dabei nimmt der Kranke immerwährend an Körpergewicht ab.

Ich wiederhole es noch einmal, nur die in 24 Stunden ausgeschiedene, absolute Zuckermenge gibt uns ein Bild über den dadurch bedingten Calorienverlust. Eben diese verloren gehenden Calorien müssen wir ersetzen, wenn wir den Diabetiker nicht einer constanten Unterernährung mit allen ihren üblen Folgen aussetzen wollen.

Knüpfen wir an das obige Beispiel an, so wird unser Streben dahin gehen, den Verlust von 287 Calorien zweckentsprechend zu decken. Dies könnte auf zweifache Weise geschehen: 1. durch Erhöhung der Eiweisszufuhr, 2. durch Erhöhung der Fettzufuhr.

Für welche der beiden wir uns entscheiden, lehrt folgende Ueberlegung.

Dem Organismus wird durch die Zuckerausscheidung eine bestimmte Menge stickstofffreien Brennmateriales entzogen, den er durch Heranziehen eines ähnlich beschaffenen Körpers in den Verbrennungsprocess zu decken sucht. Bei Unterernährungen, welcher Form immer, wird zunächst das Fett aus seinen Depôts herangezogen. Erst später, wenn auch diese aufgebraucht sind, gelangt das Körpereiweiss zur Einschmelzung. Diesen physio-

logischen Vorgang ahmen wir bei den diätetischen Vorschriften, insolange der Unterernährung entgegengearbeitet werden soll, nach, indem wir die ungenützt mit dem Zucker verloren gehenden Calorien durch äquivalente Mengen F e t t ersetzen.

Angenommen, es gehen 287 Calorien von den 2400 Calorien der Nahrung verloren, wird eine Erhöhung der Fettzufuhr um 31 g Fett (1 g Fett = 9·3 Calorien) genügen, der Nahrung den vollen Brennwerth zu verleihen.

Neben der Bestimmung der 24 stündigen Zuckerausscheidung, welche uns ein Mass für die zu ersetzenden Calorien sein soll, müssen wir unser Augenmerk auf den Verlauf der Körpergewichtsschwankungen lenken. Es genügt nicht, den Calorienverlust zu decken, welcher Vorgang einer weitergehenden Unterernährung und damit der Abmagerung entgegenarbeitet, sondern wird es ein unter allen Umständen anzustrebendes Ziel sein, das Körpergewicht und die körperliche Leistungsfähigkeit zu heben. Diese wünschenswerthe Mästung gelingt bei Erhöhung der Nahrungszufuhr. Von den Kohlehydraten ist nicht viel, oder besser gesagt, gar nichts zu erwarten, weil sie den Körper über ein gewisses Mass hinaus ungenützt verlassen. Es bleiben also nur noch Eiweiss und Fett übrig. Hat man rechnungsmässig die verloren gegangenen Calorien durch äquivalente (isodyname) Mengen Fett ersetzt, ist durch eine weitere Steigerung des Brennwerthes der Nahrung in den meisten Fällen jenes Ziel zu erreichen, welches angestrebt wird, nämlich die Hebung des Körpergewichtes. Durch Fettzulage allein die Nahrung vollwerthiger zu machen, geht deshalb nicht gut an, weil der Patient einer excessiven Fettzufuhr bald einen energischen Widerstand entgegensetzt. Wird hingegen auch die Fleisch-, resp. Eiweissmenge, in der Nahrung vermehrt, können nebstbei noch reichlich Calorien Fett zugeführt werden.

In allen so ernährten Fällen habe ich eine rasche und anhaltende Körpergewichtszunahme beobachten können. Wo genau durchgeführte Stoffwechseluntersuchungen nicht möglich sind, dies ist in der Praxis die Regel, kann die Waage dem Arzte den Beweis für die Richtigkeit der Kostverordnung liefern. Deshalb versäume man es nie, in kurzen Zwischenräumen den Diabetiker wägen zu lassen, gerade so, wie man den Harn untersuchen lässt.

Damit ist der Therapie des Diabetes aber nicht Genüge gethan. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass selbst solche Fälle, welche ihren Verlust an Calorien entsprechend decken, einer

sicheren Verschlimmerung ihres Grundleidens, dem gestörten Kohlehydratstoffwechsel und den schweren Complicationen, welche eine beständige Hyperglykämie im Gefolge hat, bald rasch, bald langsam, entgegengehen.

Durch die fortdauernde Ueberschreitung der Toleranzgrenze verliert der einmal in seinem Zuckerverbrauche geschwächte Organismus immer mehr die Fähigkeit, selbst die geringste Menge von Kohlehydraten physiologsich zu verwerthen. Daraus erklärt sich, dass jene Fälle, welche anfangs bei unbeschränkter Kohlehydratzufuhr nur wenige Gramm Zucker im Tage ausgeschieden haben, über kurz oder lang nicht die geringste Kohlehydratmenge vertragen, ohne Zucker auszuscheiden.

Anders bei jenen Kranken, welche rechtzeitig in geeignete Behandlung gekommen sind. War früher die Toleranz eine noch so mangelhafte, stieg sie nach entsprechender Entziehung der Kohlehydrate um ein Bedeutendes, so dass solche Leute, die früher kaum 50 g Weissbrot vertrugen, 80 g und mehr geniessen können, ohne Zucker auszuscheiden.

Die Vortheile einer zeitweiligen, durch mehrere Wochen fortgesetzten Entziehung der Kohlehydrate, vollständige Entzuckerung des Harnes, Hebung der Toleranz, fordern von den Kranken grosse Opfer. Die Versuchungen, die verordnete Diät zu überschreiten, sind gross, wenn der Patient der häuslichen Pflege überlassen bleibt. Hingegen gelingt es in geeigneten Anstalten, sechs und mehr Wochen eine strenge Eiweiss-Fettdiät durchzuführen. Anderseits bedingen die mit der Entziehung der Kohlehydrate verbundenen, oft eintretenden Störungen des Ernährungszustandes eine sorgfältig individualisirende Beobachtung durch den Arzt. Bleibt es dem Kranken überlassen, seine Nahrung nach allgemein gehaltenen, schematischen Diätvorschriften zu regeln, lauft er Gefahr, wegen nicht zureichenden Brennwerthes der von ihm gewählten Nahrung seinen Ernährungszustand zu verschlechtern.

Dieser Gefahr kann nur eine genaue Beobachtung, wie sie in Krankenhäusern und Sanatorien möglich ist, energisch entgegenarbeiten. Wo es nur halbwegs angeht, möge den Kranken der Rath gegeben werden, sich für einige Zeit in eine Anstalt zu begeben.

Bevor man einen Diabetiker einer „strengen Diät“ unterwirft, orientire man sich über den Grad und die Schwere des Falles. Dies geschieht am geeignetsten auf folgende Weise: Bei Fällen,

welche aus einer nur nach allgemeinen Geboten, resp. Verboten geregelten Diät, deren Kohlehydratgehalt gewöhnlich nicht bekannt ist, in die Behandlung kommen, lasse ich zunächst einen Probetag einhalten, an dem neben einer nahezu kohlehydratfreien Kost — der geringe Kohlehydratgehalt der Gemüse ist zu gering, um in Rechnung gezogen zu werden — eine bestimmte Menge Weissbrot, gewöhnlich 100 g, nehmen. Diese 100 g Weissbrot entsprechen einem Kohlehydratgehalt von rund 60 g. Die 24stündige Harnmenge wird genau auf ihren Zuckergehalt analysirt. Uebersteigt die Zuckerausscheidung die Grösse der Kohlehydratzufuhr um ein Geringes, lasse ich auf den Probetag mit 100 g Weissbrot solche mit 80, 60 und 50 g folgen, bis ich jene Menge Weissbrot eruirt habe, bei welcher zunächst nicht mehr Zucker ausgeschieden wird, als dem gereichten Weissbrote entspricht. Habe ich einmal diese Grösse kennen gelernt, schreite ich zur Anordnung der „strengen Diät“, d. h. ich untersage den Genuss auch dieser geringen Mengen Weissbrot.

Die „strenge Diät“ erfordert, da aus der Nahrung jene Calorien wegfallen, welche den Kohlehydraten entsprechen, eine sorgfältig überlegte Zusammenstellung, damit der Kranke nicht unterernährt werde. Körpergewicht, Ernährungszustand, individuelle Wünsche und Neigungen leiten die Verordnung und Bestimmung des Kostmasses.

Weder eine einseitige Steigerung des Fettes oder Eiweisses, noch der immer gegebene Rath, nur ja reichlich grünes Gemüse zu essen — das Ideal und Paradigma der sogenannten Karlsbader curgemässen Diät — garantiren, dass der Kranke, mag er sich noch so sehr an die Vorschriften des Arztes halten, thatsächlich eine seinen Bedürfnissen entsprechende Nahrung geniesst. Nie versäume der Arzt, jede Mahlzeit genau zu verzeichnen; gedruckte, vage Diätzetteln genügen nicht. Jedes Ei, jedes Gramm Butter soll genau placirt und vermerkt sein. Der Kranke nehme die Waage zur Hand. Jedes Stückchen Fleisch soll erst abgewogen werden, damit weder zu wenig, aber auch nicht zu viel Eiweiss zugeführt werde. Die Exactheit wird belohnt, der Kranke lernt die Wichtigkeit der Anordnungen kennen, der Arzt gewinnt an Autorität und kann jede seiner, dem Patienten anfangs drakonisch streng erschienenen Verordnungen durchsetzen.

Die Scheue und Angst vieler Aerzte, die Entziehung der Kohlehydrate könnte den Diabetikern mehr schaden als nützen,

sind nur in jenen Fällen berechtigt, in denen der Arzt sich nicht der Mühe unterzieht, genaue, gut verständliche und daher leicht zu befolgende Anordnungen zu treffen. Der zu gewissenhafte Patient wird in allem und jedem Nahrungsmittel etwas Verbotenes wittern und kaum das Nothwendigste essen, Willensschwache werden sich anfangs Concessionen machen und schliesslich sich und den Arzt betrügen.

Ich habe niemals bei der „strengen Diät“, und mag sie Wochen gedauert haben, Nachtheile für den Kranken entstehen gesehen, wenn die Vorschriften individuell gegeben wurden.

Die oben erwähnte Prüfung, welche Mengen Kohlehydrate (resp. Weissbrot) ohne Zuckerausscheidung gegessen werden können, gibt zunächst Aufschluss, ob wir es mit einem leichten oder schweren Falle zu thun haben.

Nach v. Noorden sind jene Fälle, in denen mehr als 80 g Weissbrot noch vertragen werden, ohne Glykosurie zu erwecken, als leichte Fälle anzusehen, während jene Fälle, in denen erst weitere Herabsetzung der Kohlehydrate oder gar nur völlige Entziehung derselben die Glykosurie beseitigt, aus praktischen Gründen den mittelschweren Formen der Glykosurie unterzuordnen sind. Dabei sind individuelle Verhältnisse, wie vor Allem Alter, in Rücksicht zu nehmen, sowie Combination der Glykosurie mit Fettleibigkeit und gichtischer Veranlagung.

Pavy verweist darauf, dass gewisse Fälle nur bei Genuss von Kohlehydraten Glykosurie aufweisen, die bei Beschränkung oder Entziehung der Kohlehydrate vollkommen verschwindet. Er nennt diese Fälle „alimentären“ Diabetes. In anderen Fällen beobachtet man neben dem Zucker im Harne noch das Auftreten anderer Substanzen, wie Aceton, Diacetsäure und Oxybuttersäure, welche Pavy auf einen abnormen Eiweisszerfall bezieht. Diese Formen nennt er „combinirten Diabetes“. Diese von Pavy zur Eintheilung und Classificirung des Diabetes herangezogenen abnormen Harnbestandtheile veranlassen mich, auf diese Substanzen, ihre Entstehung und Bedeutung an dieser Stelle näher einzugehen.

Die Literatur über diese Körper ist so umfangreich und weist in einzelnen Punkten so weit auseinandergehende Differenzen auf, dass es schwer fällt, in wenigen Worten die Frage über die Bedeutung der Acetonurie zu erledigen.

Schon die Quellen der Acetonkörper sind viel umstritten. Sowohl Eiweiss, als Fett und Kohlehydrate, sind als die Bildungsquellen dieser Körper angesehen worden. Wenn man den Versuchen im Reagensglase glauben darf, haben die Vertreter aller Bildungstheorien recht; denn man kann auf chemischem Wege aus allen drei Ausgangskörpern Aceton und die beiden anderen Substanzen gewinnen. Ob sich diese Reagensglasversuche auf das biologische und pathologische Gebiet verpflanzen lassen, bleibt, wie alle anderen derartigen Versuche, Problem.

Die Muttersubstanz der Acetonkörper ist die β-Oxybuttersäure, bei deren Abbau sich Acetessigsäure und Aceton bilden. Je nach der Menge der sich im Organismus bildenden β-Oxybuttersäure wird sie neben ihren Derivaten ausgeschieden oder nicht.

Entstehen im Körper grosse Mengen Oxybuttersäure, so kann diese nicht vollständig zu Aceton umgewandelt werden. Neben dem Aceton enthält der Harn in solchen Fällen Diacetsäure und β-Oxybuttersäure. In Fällen, in welchen mittlere Mengen Oxybuttersäure gebildet werden, tritt zwar eine vollständige Umwandlung in Diacetsäure ein, doch kann diese nicht vollkommen in Aceton umgesetzt werden. Neben Aceton erscheint dann Diacetsäure im Harne. Nur in jenen Fällen, in denen die Bildung der Oxybuttersäure keine zu grosse ist, findet man nur Aceton im Harne.

Acetonurie findet man bei Gesunden und Kranken unter abnormen Ernährungsverhältnissen, u. zw. in Fällen künstlicher oder durch den Krankheitsprocess, z. B. Carcinom, bedingter Inanition. Beim Diabetes tritt aber auch bei genügender Ernährung zuweilen Aceton im Harne auf.

Honigmann und v. Noorden leiteten die Bildung der Acetonkörper vom Zerfalle von Körpereiweiss ab. Diese Hypothesen konnten nicht aufrecht erhalten werden (Weintraud, Hirschfeld, Geelmuyden etc.). Hirschfeld fand, wenigstens für den Nichtdiabetiker, dass Aceton dann im Harne auftritt, wenn Albuminate ohne gleichzeitige Verbrennung von Kohlehydraten im Körper zerfallen. Nach den Versuchen von L. Schwarz sind es die Fettsäuren, welche als die Quelle des Acetons bei mangelnder Kohlehydratverbrennung anzusehen sind.

(Schluss folgt.)

Geheilter Fall von primärer Nasentuberculose.

Von Dr. Heinrich Halász in Hódmezö-Vásárhely.

Es ist noch immer eine strittige Frage, ob die durch den Tuberkelbacillus verursachte locale Erkrankung speciell der Nase, des Gesichtes oder der Nasenschleimhaut, als Lupus, oder einfach als Tuberculose benannt werde. Dass man auf der Haut ein ganz anderes Krankheitsbild sieht, als auf der Schleimhaut, und dass nebst der Verschiedenheit des Krankheitsbildes auch der Verlauf ein verschiedener ist, ist ganz gewiss, ob man jedoch dessen ungeachtet eine Krankheit, die durch denselben Bacillus verursacht wird, einmal Lupus, ein andermal Tuberculose nenne — wenn auch die Therapie dieselbe ist — darüber kann man vielleicht streiten, meiner Meinung nach jedoch nicht mit viel Glück.

Es ist bekannt die Discussion zwischen Schäffer und Bresgen darüber, was man Lupus und was man Tuberculose der Nase nenne, und die an der Discussion Theilnehmenden befürchteten eher die Tuberculose, nach meiner Meinung mit vollem Rechte, denn das Krankheitsbild der Nasenschleimhaut zeigt oft solche verschiedene Veränderungen, dass es oft unmöglich ist, zu entscheiden, was als Lupus, was als Tuberculose benannt werde. Entschieden einfacher ist es, wenn wir die Benennung der Tuberculose beibehalten.

Rauiin unterscheidet dem klinischen Bilde gemäss dreierlei Formen: 1. Forme hypertrophique ou végétante; 2. Forme ulcéreuse; 3. Forme scléreuse. Nach Olympitis gibt es: 1. Forme aigue; 2. Forme chronique, deren Unterarten die Forme chronique primitive und Forme chronique secondaire, erstere mit vier, letztere mit zwei Unterarten. Gerber unterscheidet: 1. Tuberculotisches Geschwür; 2. Tuberculom; 3. diffuse Infiltration; 4. Granulationen. Nach Gerber ist die Benennung den Veränderungen gemäss noch am treuesten wiedergegeben. Betrachten wir sie nun einzeln.

Das tuberculöse Geschwür ist in der Nase selten; wenn es zu sehen ist, ist es zumeist eine secundäre tuberculöse Erscheinung, oder es entstand durch Zerfall einer Infiltration oder Granulation. Das Geschwür ist zumeist bei der knorpeligen Nasenscheidewand gelegen, gleich 1—1½ cm hinter dem Naseneingang.

Im weiteren Verlauf übergeht das Geschwür auf den Nasenboden, die untere Muschel, den Nasenflügel, dem Septum mobile, und von dort auf die Haut der Nase und der oberen Lippe. Seltener exulcerirt ein anderer Theil der Nase, mit Ausweichen des Septum cartilagineum. Das Geschwür tritt zumeist solitär auf, in der Grösse einer Erbse, kann jedoch auch wie ein Zwanzighellerstück gross sein. Die Form des Geschwüres — oft sind auch mehrere nebeneinander — ist rund, oval und oft unordentlich. Die Basis des Ulcus ist blass, röthlichgrau, unordentlich, mit schleimig eiteriger, seltener verkäster Masse bedeckt. In anderen Fällen ist die Basis flach, weisslich, sieht so aus, als wenn sie mit Gelatine überzogen wäre, und daroben erscheinen kleine, lebhaft rothe Erhöhungen, als charakteristisches Bild der Tuberculose (Besnier, Gerber). Der Rand des Geschwüres ist röthlich umsäumt, oft hart, lebhaft roth, infiltrirt und vorstehend.

Ebenfalls auf der Nasenscheidewand, seltener auf den Muscheln, ist das T u b e r c u l o m gelegen, welches ebenfalls alleinstehend und auf einer Seite auftritt, Erbse- bis Haselnussgrösse erreicht und auch noch grösser werden kann. Auf der knorpeligen Nasenscheidewand tritt es immer zuerst auf, übergeht im weiteren Verlauf auf den Boden der Nasenhöhle, dann auf die Muscheln, so dass man zu einer solchen Zeit das Entspringen des Tuberculoms gar nicht finden kann. Die Farbe ist grauröthlich, dunkelröthlich, Oberfläche uneben, so dass es einer Himbeere ähnelt, später einem gewöhnlichen Schleimpolyp, das mit eiterigem Schleim bedeckt ist. Die Consistenz ist weich, gebrechlich, seltener resistent, und dann auch nur an der Basis. Beim Berühren leicht blutend, und zu Zerfall geneigt. Das Vorhandensein eines Tuberculoms ist nach der Casuistik charakteristisch für eine primäre Nasentuberculose.

D i e I n f i l t r a t i o n erscheint auch mit Vorliebe an der Nasenscheidewand, kommt jedoch auch an den Muscheln vor. Die Consistenz ist resistent, Farbe blassroth, Oberfläche voller Knötchen. Die Oberfläche zerfällt sehr schnell, exulcerirt, und es entstehen mehrfache Perforationen, die zu beträchtlichen Defecten führen, und bis beim Tuberculom die äussere Nase unverändert bleibt, verändert sich bei der Infiltration auch die Gestalt der Nase, sie wird breit, geschwollen.

D i e G r a n u l a t i o n e n, die, wie wir wissen, auch die Geschwüre begleiten, sind oft in solch' grosser Masse vorhanden, dass sie das ganze Nasenvolumen ausfüllen.

In manchen Fällen von Granulationen und Tuberculom sind derartige Uebergangsformen, dass man nicht entscheiden kann, welche Form wir vor uns haben.

Die Tuberculose der Nasenschleimhaut ist eine ziemlich seltene Erkrankung. Die bis nun publicirten Fälle werden beiläufig 150 sein, welche Zahl darauf schliessen liesse, dass die Nasentuberculose eine ziemlich häufige Erkrankung sei, doch Mackenzie sagt sehr richtig darauf, „dass die Tuberculose der Nasenschleimhaut eine seltene Erkrankung sei, und wenn wir in der Zukunft fleissig fahnden werden, wird sich hie und da ein Fall präsentiren. Da jedoch voraussichtlich ein jeder derartiger Fall publicirt wird, dann wird in ein paar Jahren jene Meinung in den Vordergrund treten, dass die Krankheit viel häufiger vorhanden, als es in Wirklichkeit ist". Mackenzie's Prophezeiung hat sich auch verwirklicht, was aus den casuistischen Publicationen und anatomischen Resultaten mit Gewissheit ersichtlich ist.

So fand Willigk unter 476 tuberculösen Leichen bloss in einem Falle ein Geschwür der Nasenscheidewand; Weichselbaum unter 146 Fällen in zweien.

Eugen Fränkel (Arch. of Otology, Vol. 10, Nr. 2, Juni 1881) konnte unter 50 an Phthise Verstorbenen in keinem einzigen Falle eine ulceröse Affection der Nase nachweisen; selbst Schmalfuss fand unter 1287 Tubercolitikern keinen solchen, bei dem er tuberculöse Veränderungen der Nase nachweisen konnte (Arch. f. klin. Chir., Bd. 35, S. 167).

Zuckerkandl sagt, dass, obzwar das Leichenmaterial der Wiener Secirsäle sich zumeist aus an Tuberculosis Verstorbenen recrutirt, er bis 1892 bloss in einem einzigen Falle mit Gewissheit Nasentuberculose gesehen.

Bryson Delavon (New-York, Med. Journ., 14. Mai 1887) fand in 114 Fällen Localtuberculose, in 37 Fällen afficirt die Zunge, in 24 Fällen den Rachen, in 22 das Gesicht, in 8 das Segel, in 5 die Nasenhöhle, in 4 die Tonsillen.

P. H. Gerber fand unter 1052 Nasenkranken in zehn Fällen „Tuberculosis narium".

Die Nasenschleimhauttuberculose tritt zumeist secundär auf und viel seltener als primäre Erkrankung. Secundär tritt die Krankheit bei an Tuberculose Leidenden auf, wo die Nasentuberculose durch Autoinfection entsteht, jedoch in jenen Fällen, wo die gründlichste Untersuchung in den Organen keine Tuberculose

nachweisen kann, wo selbst erbliche Belastung nicht nachgewiesen werden kann, dort können wir von primärer Nasentuberculose reden. Selbstverstehend soll man rechnen mit jener Eventualität, dass, wenn auch durch die Untersuchung man in den Organen keine Tuberculose nachweisen kann, es doch nicht ausgeschlossen ist, dass irgendwo im Organismus ein tuberculöser Herd verborgen liegt. Gewissheit kann diesbezüglich bloss der negative Befund der Autopsie geben. Ein derartiger Fall ist der durch Demme publicirte Fall primärer Nasentuberculose, wo der negative anatomische Befund mit Gewissheit die Tuberculose der Organe ausschliessen liess.

Strittig ist ausserdem auch noch jene Frage, wieso die tuberculöse Veränderung an der Nasenschleimhaut entsteht. Dies kann nach Orth (Aetiolog. u. Anatom. über Lungenschwindsucht. Berlin 1887) auf dreierlei Arten geschehen, nämlich hämatogen, lymphogen und aërogen. Diejenigen, die mit Baumgarten die Erblichkeit annehmen, sind gewillt, die hämatogene oder lymphogene Entstehungsart anzunehmen.

Viele Umstände und Thatsachen sprechen jedoch für die aërogene Entstehungsweise und besonders Koch's, Cohnheim's und Corset's (cit. Heymann, Handb. f. Laryngol. u. Rhinol.) Meinungen machen die aërogene Infection wahrscheinlich, denn eben bei der aërogenen Infection sehen wir zuerst auf der Nasenschleimhaut die Hinderung erfassen, und Koch erwähnt schon in seinen ersten Publicationen, dass die wundige Nasenschleimhaut Tuberkelbacillen beherbergt, und von dort ausgehend den ganzen Organismus inficirt, wie dies auch Orth erwähnt.

Wieso es möglich ist, wie dies Gerber frägt, dass, obzwar alle Möglichkeit vorhanden ist, dass die tuberculöse Infection durch die Nase zustande kommt, relativ doch so wenig Menschen an Nasentuberculose erkranken?

Die Antwort dieser Frage ertheilt hinreichend die Anatomie und Physiologie der Nase. Die gesunde Nasenschleimhaut besitzt mächtige Schutzapparate gegen das Ansiedeln der Luftkeime. Im Vestibulum ist ein starkes, widerstehendes Pflasterepithel, in den übrigen Theilen der Nase ist ein fortwährend sich bewegendes Flimmerepithel, und die ganze Epithelialoberfläche ist noch mit einer Schleimhülle bedeckt, welcher Schleim in seiner chemischen Zusammensetzung einen sehr schlechten Nährboden für die Bacterien gibt, und der Schleim sich immer vom Frischen erneuert.

Infection kann durch Einathmen bloss an den erkrankten Schleimhautpartien entstehen, zumeist an solchen Stellen, wo Schleimhaut defect vorhanden ist. Der Infection durch Einathmen ist ein Theil der Nasenhöhle — die knorpelige Nasenscheidewand — durch zwei Umstände sehr gelegen. Erstens wird dieser Theil der Nase durch den Fingernagel am leichtesten insultirt, anderseits fängt als erstes Hinderniss eben dieser Theil den strömenden Luftstrom, der durch die Nase eingeathmet wird, auf.

In der bisherigen Casuistik wird öfter der vorausgegangene Nasenkatarrh erwähnt, also das Vorhandensein einer erkrankten Schleimhaut, in manchen Fällen wird der Umgang mit Phthisikern als Infection verursachendes Moment erwähnt, ein andermal erweist sich ein tuberculös erkrankter Finger als Träger des Virus (Boylan) und Schech sah bei einer solchen Frau Nasentuberculose, die das Sacktuch ihres lungenkranken Mannes gebrauchte.

Das klinische Bild der Nasentuberculose und deren Verlauf ist sehr verschieden, mannigfaltig. Zumeist bilden sich röthlichgraue Granulationen, die zu Infiltrationen sich vereinigen, eine verschiedene Tiefe und Breite annehmen, oder manchmal gegen die Oberfläche sich erhebende Tumoren bilden, die abermals zerfallen und zu Defecten führen.

Der Defect ist zumeist am Septum wesentlich, da der tuberculöse Process, wenn der Defect bis zur Knorpel reicht, denselben unrettbar perforirt und in grosser Ausdehnung zerstört.

Das mikroskopische Bild der Infiltration ist eine rundzellige Häufelung, in welcher sporadisch eine Riesenzelle vorzufinden ist. Ein Bacillus ist trotz der emsigsten Untersuchung nur in den seltensten Fällen im pathologischen Gewebe zu finden.

Die Krankheit ist nach der Casuistik in wesentlicheren Fällen bei Frauen anzutreffen; so sind unter Störck's 20 publicirten Fällen 16 Frauen und 4 Männer. Bezüglich des Alters ist die Nasentuberculose zumeist zwischen 25—60 Jahren, nach Heryng ist sie am häufigsten zwischen 30—40 Jahren. Die durch Demme publicirten Fälle, wo er bei einige Monate alten Kindern Nasentuberculose sah, sind Raritäten.

Vom diagnostischen Standpunkte kommt die Verwechslung mit tertiärer Syphilis in Betracht. Hier müssen folgende Umstände in Betracht kommen: 1. Bei Nasensyphilis ist eine intensive Entzündung der — die locale Erkrankung umgebenden — Nasenschleimhaut, während bei Tuberculose dies fehlt. 2. Ein Lieblings-

ort der Syphilislocalisation ist das Bein der Nase, bei Tuberculose die Knorpeln. 3. Bei der luetischen Beinnekrose pflegt beinahe ständig ein unausstehbarer Geruch mit dem eiterigen Secret zu sein, während dies bei Tuberculose sehr selten der Fall, zumeist gar kein Geruch vorhanden ist. 4. Bei ulceröser Nasensyphilis pflegen zumeist Kopfschmerzen oder Neuralgien im Verlaufe des Trigeminus einherzugehen, bei der Tuberculose fehlen jedoch zumeist diese Erscheinungen.

Wenn all diese Symptome nicht genügend charakterisirt sind zur Stellung der Diagnose, dann probire man 1. durch Dosirung von Jodkali das Krankheitsbild zu verändern. Wenn Syphilis vorhanden ist, wird sich der Zustand schnell bessern, so dass kein Zweifel der Krankheit bestehen wird; 2. bei einem excidirten Gewebe werden wir bei der histologischen Untersuchung hie und da ein verkästes Tuberculom oder wenigstens eine Langhans'sche Riesenzelle im Granulationsgewebe vorfinden; 3. durch die Untersuchung des Nasensecretes oder des excidirten Gewebes auf Tuberkelbacillen. Und endlich darf niemals die Untersuchung des ganzen Körpers vergessen werden, denn diese gibt oft sehr werthvolle Angaben zur Stellung der richtigen Diagnose. Wo wir syphilitische Erscheinungen vorfinden, dort denken wir auch bei dem Nasenleiden an Aehnliches, während bei tuberculösen auf letztere. Obzwar wir niemals vergessen dürfen, dass ein Syphilitischer an Nasentuberculose, und ein Tuberculotiker an Nasensyphilis leiden kann.

Die Krankheit zeigt einen langsamen, chronischen, nicht schmerzhaften Verlauf, daher kommt es, dass die Kranken vielmals bloss nach Jahren sich an den Arzt wenden; wegen mit Blutungen verbundenem Schnupfen oder aber wegen Verstopfung der Nase.

Die Nasentuberculose recidivirt häufig, und früher oder später macht der Tod dem Leiden ein Ende. Eine spontane Heilung ist bis nun noch nicht beobachtet worden. Bei entsprechender Behandlung kann das Leiden zum Stillstand gebracht und auch geheilt werden.

Mein Fall, den ich im vorigen Jahre Gelegenheit hatte zu beobachten und zu behandeln, ist eine primäre Nasenschleimhauttuberculose, die nach entsprechender Behandlung geheilt ist, und besteht dieses Heilresultat schon seit einem Jahre ohne Recidive.

Frau J. S., Beamtensgattin aus der Provinz, 40 Jahre alt. Voriges Jahr, Anfangs Jänner, sah ich Patientin auf Anrathen eines Collegen mit der Klage, dass sie seit mehr als einem halben Jahre an Schnupfen leidet, ihre Nase verstopft, wundig ist, manchmal blutet und der Nasenrücken schwellt. Ernstlich krank war sie niemals ihres Wissens nach. Ihre Eltern sind im gereiften Alter gestorben. Lungenschwindsucht war niemals in ihrer Familie. Ihr Mann und ein Sohn sind gesund. Bei der mittel gewachsenen, gut genährten Frau fällt auf den ersten Augenblick die röthliche Infiltration des Naseneinganges, die röthlich gefärbte Haut des Nasenrückens und die ungewöhnliche Ausdehnung der Nasenseitenwände auf. Selbst ohne Nasenspiegel sieht man sehr leicht am Septum cartilagineum, unmittelbar hinter dem Septum mobile, einen ein Zehnhellerstück grossen Defect mit infiltrirten emporspringenden Rändern, ausserdem am Grunde der Nasenöffnung, dicht neben einander höckerige, weichlich fühlbare, gräulich-röthliche, leicht blutende Hervorragungen, die selbst die unteren Muscheln bedeckten, wie der Spiegelbefund erwies, der ganzen Länge entlang gegen die Choanen sich ausdehnend.

Die Haut des Nasenrückens ist über dem Bein beweglich; nicht schmerzhaft.

Bei der Patientin sprach nichts für luetische Infection. Von der unteren, linksseitigen Muschel wurde an mehreren Orten ein bohnengrosses Stückchen excidirt und konnte man nach Prof. B. Vas, Privatdocent, folgendes histologisches Bild sehen:

„Rundzellige Infiltration, hypertrophisches Drüsengewebe, wenig Gefässe, stellenweise schlecht entwickelte nekrotische Theile; Tuberkelbacillen sind nicht gefunden worden.“

D i a g n o s e: Granuloma t u b e r c u l ö s e n Ursprungs. Da nach Darreichung von Jodkali die Krankheit sich überhaupt nicht geändert, und ich an anderen Orten des Körpers weder Spuren von Lues, noch aber von Tuberculose vorfand, musste ich in diesem Falle d i e p r i m ä r e N a s e n s c h l e i m h a u t t u b e r c u l o s e annehmen.

Nach Gebrauch einer stärkeren Cocaïnlösung habe ich d i e g a n z e i n n e r e O b e r f l ä c h e der Nase mit einem Volkmann'schen Löffel ausgekratzt und mit Galvanokauter ausgebrannt; die gebrannte Oberfläche wurde mit Anilinlösung getränkt, und zwischen diese ein in Anilinlösung getränktes Gaze gelegt.

Nachbehandlung bestand in Applicirung von 5 % Borsalben-Tampons. Eine Woche nach der Operation bildete sich in der Nase ein reines Granulationsgewebe, die Infiltration des Nasenrückens und die Färbung der Haut liess nach.

Nach weiteren zwei Wochen bietet der Nasenrücken ein normales Bild, an den inneren Enden der unteren Muscheln und den Rändern des Nasengrundes jedoch brechen neuere Granulationen hervor; die Nasenathmung ist frei.

Nach Verlauf dreier Wochen sieht man auch am Septum mobile die neuerdings sich entwickelnden Granulationen, und die Haut der Nasenflügel und die Gegend der oberen Lippe zeigt eine röthliche Färbung, das Athmen der Nase ist zeitweise gehindert. Die krankhaft veränderten Oberflächen wurden mit scharfem Löffel neüerdings ausgekratzt, und 50 % Ac. lact.- (Milchsäure-) Lösung wurde an der operirten Fläche eingerieben, welche Einreibungen zwei-, später drei- und viertäglich, succesive mit immer stärkerer Lösung bis zur gänzlich concentrirten Lösung fortgesetzt wurden. Nach vierwöchentlicher derartiger Behandlung konnte ich nirgends in der Nase oder Umgebung eine krankhafte Fläche vorfinden, nirgends Recidive, bloss die Nasenspitze wurde ein wenig invalide infolge der Schwäche des durch die Operation verdünnten Septum mobile.

Patientin bestellte ich zweiwöchentlich, dann monatlich, sich zur Controle zu zeigen, und bis heute, nach einem Jahr, ist die Nase ganz gesund.

Bedingungslos ist der Erfolg ein glücklicher zu nennen, den wir erreichten, da man trotz Gebrauch des Nasenspiegels bei der starken Blutung in der verengten Nasenhöhle nur tastend arbeiten konnte an den choanalen Enden der unteren Muschel, und es war kaum controlirbar bei der grossen Ausdehnung des Leidens, ob wir genügend alle krankhaften Theile entfernten. Der Verlauf des Leidens und das Fehlen der Recidive bis nun zeigt, dass der operative Eingriff und vielleicht die oft mit ausgezeichnetem Erfolge angewandte Milchsäure alles Krankhafte zerstörte.

Benützte Literatur:

Bresgen: Tuberculose oder Lupus der Nasenschleimhaut. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30, 1887.

Weitere Controversen von Schäffer und Bresgen, ebenda, S. 717 u. 817.

Mackenzie: Die Krankheiten des Halses und der Nase, Bd. 2.

Tuberculose und Lupus der Nase von P. H. Gerber in Heymann's Handb. d. Laryngol. u. Rhinol., 1900.

Zuckerkandl: Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle etc., Bd. 2, S. 157, 1892.

Schech: Krankheiten der Mundhöhle, 5. Aufl. 1896, S. 316.

Olympitis: Tubercul. d. l. muqueuse nas. Rhése. Paris 1890.

Beermann: Ueber primäre Tuberculose der Nasenschleimhaut. Diss. Würzburg 1890.

Zarniko: Die Krankheiten der Nase etc. 1894.

REFERATE.

Interne Medicin.

Die vegetabilische Diät und deren Bedeutung als Heilmethode. Von Dr. L. Kuttner.

Der Vegetarismus ist überall dort contraindicirt, wo es sich darum handelt, dem Organismus neue Kräfte zuzuführen, dem Vegetarismus als solchem kann durchaus nicht das Wort geredet werden. In gewissen Fällen wird man allerdings eine vegetarische, aber stets nur eine lacto-vegetarische Diät mit gutem Erfolge anwenden, ohne indessen aus diesem Grunde Vegetarier zu werden; aber es handelt sich hier nie um Kost für Gesunde, sondern nur um eine entsprechende Diätetik bei einzelnen Krankheitserscheinungen, welche man mit vorübergehendem vegetarischen Regime zu bekämpfen sucht.

Von verschiedenen Seiten wird als Object für vegetarische Diät manche Form von Fettleibigkeit angesehen. Zweifelsohne wird es gelingen, durch eine vorzugsweise vegetabilische, möglichst fettarme Diät erhebliche Gewichtsverluste zu erzielen, und zwar ohne dem Patienten allzu grosse Schranken aufzuerlegen. Ein wesentlicher Factor für die Durchführung einer Entfettungscur liegt darin, den Hunger zu betäuben und eventuellen Schwächegefühlen vorzubeugen. Diesen Forderungen wird die vegetabilische Diät mit ihrem hohen Gemüse- und Obstquantum gerecht, das durch sein grosses Volumen sättigend wirkt und die Darmthätigkeit anregt. Die vegetabilische Diät ist daher besonders geeignet, bei den an Obstipation leidenden Fettleibigen. Voraussetzung für die Verordnung der vegetabilischen Entfettungscur ist aber, dass es sich um sonst gesunde Leute handelt, welche für genügende Körperbewegung sorgen können. Heranwachsenden, zur Fettsucht neigenden jungen Leuten ist diese Form der Entfettung nicht zu

empfehlen. Bei diesen ist eine Verminderung des Eiweissbestandes durch anhaltende Beschränkung der Eiweisskost ängstlich zu vermeiden.

Die animalische Nahrung wird einen gesunden und normalen Menschen zur Trunksucht oder auch nur zu einem tadelnswerthen Alkoholgenuss nicht veranlassen; bei Heilung der Trunksucht ist vegetabilische Nahrung in Betracht zu ziehen.

Bei nervösen Dyspepsien und nervösen Darmerscheinungen ist die vegetarische Cur oft von glänzendem Erfolg begleitet.

Bei den Zuständen, die man mit dem Ausdruck „Superacidität“ bezeichnet, handelt es sich nicht um eine gesteigerte Säureabscheidung im Allgemeinen, sondern um eine vermehrte Salzsäureproduction, um eine Hyperchlorhydrie. Es ist unberechtigt, schlechtweg von einer Diät bei Hyperchlorhydrie zu sprechen. Es muss unbedingt in der Diät darauf Rücksicht genommen werden, ob die Hyperchlorhydrie mit einem Ulcus, einer Atonie oder Ektasie, einer Gastritis (Gastritis acida) oder mit einer anderweitigen Erkrankung, z. B. mit Chlorose vergesellschaftet ist, oder ob dieselbe für sich allein besteht. Eine überreichliche Amylaceenkost ist bei Läsionen der Magenschleimhaut, bei Störungen der Motilität und bei abnormer Schleimsecretion contraindicirt; bei der Behandlung dieser Zustände, ebenso wie bei der Therapie der mit Hyperchlorhydrie verbundenen anderweitigen Erkrankungen muss in erster Reihe nicht die Heilung der gesteigerten Salzsäuresecretion, sondern die Besserung der Grundkrankheit das Massgebende sein. Die Fälle von Hyperchlorhydrie, welche ohne anatomische Grundlage zur Beobachtung kommen, sind entweder Secretionsneurosen, die als Theilerscheinung einer allgemeinen Neurasthenie, Hysterie, Melancholie, eventuell auch auf reflectorischem Wege zu entstehen pflegen, oder sind die Folge einer abnormen Erregung der Magendrüsen, z. B. durch den gewohnheitsmässigen Genuss von stark gewürzten Speisen, Eiswasser, stark alkoholischen Getränken etc. Es ist absolut kein Grund vorhanden, bei den genannten Zuständen von Hyperchlorhydrie die Eiweissstoffe zu beschränken und eine einseitige Kohlehydraternährung zu empfehlen.

Vf. hat bei seinen Untersuchungen eine wesentliche Beeinflussung der Acidität durch die Verabreichung der vegetabilischen Kost nicht nachweisen können. Dass trotzdem die Pflanzenkost besonders bei nervöser Hyperchlorhydrie gut vertragen wird,

soll nicht geleugnet werden, doch legt diese Erfahrung den Verdacht nahe, dass die Magenbeschwerden bei diesen Zuständen von Hyperchlorhydrie überhaupt nicht oder nicht allein durch die gesteigerte Salzsäuremenge hervorgerufen werden.

Ueberraschende Heilwirkungen von der vegetabilischen Diät sieht man häufig bei denjenigen Formen der habituellen Obstipation, die ihre Entstehung einer einseitig gewählten, reinen Fleischkost verdanken. Infolge des reichen Cellulosegehaltes wird die vegetabilische Kost, besonders wenn dieselbe, wie gewöhnlich, sehr voluminös ist, die Darmthätigkeit anregen; indessen sie ausschliesslich anzuwenden, bringt gewöhnlich so viele Nachtheile (abnorme Flatulenz etc.) mit sich, dass Vf. auch für die Behandlung dieser Zustände nicht die rein vegetarische, sondern die gemischte Kost empfiehlt. Ausgehend von der Thatsache, dass die Beseitigung der Obstipation ein Hauptfactor für die Heilung der membranösen Enteritis ist, hat Vf. den Patienten eine gemischte Kost mit Bevorzugung der cellulosereichen vegetabilischen Nahrungsmittel verordnet; er musste aber wegen Verschlimmerung der einzelnen Symptome, besonders wegen der Zunahme der Schmerzen von der Durchführung derselben Abstand nehmen. Bei der Lebercirrhose ist eine rein vegetarische Kost undurchführbar. Besser lässt sich eine solche Kostordnung ermöglichen unter Zuhilfenahme von Milch.

Vf. hält die vegetarische Kost angezeigt bei den auf constitutioneller Grundlage beruhenden Fällen von Neuralgien, wenn die Kranken sich vorher zu sehr an eine vorherrschende Fleischdiät gewöhnt haben, wenn sie überhaupt unmässig im Essen und Trinken sind oder wenn sie an Obstipation leiden, schliesslich für alle die Fälle, die trotz Anwendung der bekannten Methoden in längerer Zeit nicht zur Heilung oder in kürzeren Intervallen zu immer wiederkehrenden Recidiven führen. Auch bei diesen Zuständen muss man individualisirend vorgehen. Dasselbe gilt für die Behandlung neurasthenischer, hysterischer und epileptischer Kranken.

Besondere Vortheile der rein vegetarischen Diät bei Epilepsie hat Vf. trotz wiederholter Versuche nie beobachtet. Jolly hat von der streng vegetarischen Diät sogar entschiedene Nachtheile gesehen. Gestützt auf die Beobachtung, dass die Zahl der Pulsschläge bei vegetarischer Lebensweise verringert wird, empfiehlt Rumpf die Pflanzenkost gegen Zustände abnormer Erregbarkeit

des Herzens, wie sie durch Aufregungen, übermässige Körperbewegung, sexuelle Erregungen und Excesse vorkommen. Auch bei Morbus Basedowii ist eine mehr vegetarische Kost zu versuchen; contraindicirt dagegen ist dieselbe bei allen Zuständen von Herzschwäche infolge von Arteriosklerose, Myokarditis etc. Ein gewisses Ueberwiegen vegetabilischer Diät kommt noch bei den verschiedenen anderen Krankheiten, z. B. bei der nervösen Schlaflosigkeit, bei manchen Fällen von Urticaria, bisweilen bei der Scrophulose, bei der Psoriasis etc. in Betracht.

Als Directive für das Arrangement einer zweckmässigen vegetabilischen Diät gilt ungefähr Folgendes: Bei schwächlichen, herabgekommenen Patienten mit alten Katarrhen oder mit Neigung zu Atonien des Magens gehe man nur allmälig zur vegetabilischen Kostordnung über und behalte dieselbe nur auf vorübergehende Zeit, etwa sechs Wochen, bei. Bei Neurasthenia gastrica und besonders bei der habituellen Obstipation mit gutem Kräftebefinden ist ein rascheres Vorgehen und eine längere Beibehaltung der vegetabilischen Ernährungsform empfehlenswerth. Bei zweckmässiger Zusammenstellung bietet auch der Speisezettel der Vegetarier genügende Abwechselung, doch darf man dabei auf Milch, Eier, Butter, Honig und Käse nicht verzichten; vor der rigorosen Verwendung rein vegetarischer Diät muss entschieden gewarnt werden.

Als passende Anordnung einer lacto-vegetabilischen Diät kann folgende betrachtet werden: Des Morgens eine Suppe aus Hafermehl, eine Tasse süsse Milch oder Cacao, Weiss- oder Schwarzbrot und Butter (bei Neigung zur Obstipation eventuell auch Fruchtgelée, Honig oder frisches Obst); im Laufe des Vormittags ein Brei aus Reis, Linsen, Gries etc., eventuell Milch oder Kefir, Weiss- oder Schwarzbrot und Butter; Mittags eine Leguminosen- oder eine Obst- (Aepfel-, Pflaumen-, Erdbeer-, Heidelbeer-, Himbeer-, Stachelbeer-, Kirschsuppe) oder eine Gemüse- (Sauerampfer-, Spinat-, Wurzel-, Tomaten-, rothe Rübensuppe) oder eine Milchsuppe, eventuell auch eine Kaltschale von Fruchtsäften, Stachelbeeren mit Pumpernickel und Korinthen, eine Butter- oder Sauermilchkaltschale; darauf reichlich grünes Gemüse, nach dem Bedürfniss des Einzelfalles mit wenig oder mit viel Butter angerichtet und je nach der Beschaffenheit der Verdauungsorgane in Puréeform und durchgeschlagen oder in gewöhnlicher Form zubereitet; an Stelle des grünen Gemüses auch ein Erbsen-, Reis- (eventuell mit Aepfeln), Linsenbrei, Backobst mit Klössen etc.; als Nachspeise

Eierkuchen, Pfannkuchen, Auflaufe, Puddinge. Bei ausreichendem Appetit noch rohes oder gekochtes Obst. Der Vesperimbiss besteht aus einer reichlichen Portion gekochten oder rohen Obstes mit Weissbrot oder Zwieback; ist keine Neigung zur Säurebildung im Magen vorhanden, auch Honig oder Fruchtgelée, eventuell eine geringe Menge Milch ($^1/_4$ l) oder ein Gemisch von Milch und Sahne. Zum Abendessen einige Male in der Woche eine dicke Suppe oder einen Brei aus Gerste, Hafer, Reis, Gries, Tapioka etc. mit Milch und Butter, dazu Bratkartoffeln, Butter, Käse, an anderen Tagen Eier, Eierspeisen, Milch, Dickmilch, Kefir etc.

Bei den verschiedenen Krankheiten, bei Neigung zur Fettleibigkeit, bei starkem Hervortreten gastritischer Beschwerden etc. ist es direct unerlässlich, specialisirte Vorschriften über die Qualität und Quantität der Speisen und Getränke zu erlassen. — (Berl. Klinik, H. 163, 1902.)

Ueber die Krankenhausbehandlung der Lungentuberculose. Von Dr. Hugo Winternitz. (Univ.-Klinik zu Halle a. S.: Prof. von Mering.)

Das hygienisch-diätetische Heilverfahren steht auch in der Krankenhausbehandlung wie in der Behandlung zu Hause obenan. An erster Stelle steht die Ernährung. Alle therapeutischen Massnahmen, seien sie physikalischer oder medicamentöser Natur, müssen dahin zusammenwirken, den Boden für eine gesteigerte Nahrungsaufnahme zu bereiten. Kein Nahrungsmittel ist so wie die Milch geeignet, als Zugabe über das gewöhnliche Kostmass hinaus Verwendung zu finden; bei schluckweisem Genuss und mässiger Tagesmenge — circa $1^1/_2$ l — belästigt sie auch einen schwachen Magen nicht, doch darf über ein gewisses Mass nicht hinausgegangen werden, ein Zuviel schadet mehr als es nützt. Künstliche Nährpräparate kommen zur Aufbesserung der Kost erst in letzter Linie in Betracht. Von den Eiweisspräparaten empfiehlt sich für diesen Zweck am meisten das Tropon als billig und leicht assimilirbar, 20—25 g pro Tag in Suppe, in Cacao, in Breiform oder als Zwieback.

Eine wesentliche Aufgabe der hygienischen Behandlung bildet die Abhärtung des Körpers. Trockene Frottirungen, spirituöse und nasse Abreibungen, unmittelbar aus der Bettwärme vorgenommen, bei kräftigen Personen lauwarme, späterhin kalte Brausen. An Stelle der Umschläge unter den Achseln Kreuzbinde.

Zur physikalischen Therapie zählen noch Athemübungen, die sogenannte Lungengymnastik, deren Anwendung bei Reconvalescenten, namentlich nach pleuritischen Exsudaten, vorausgesetzt, dass sie sich in vernünftigen Grenzen hält, zweifellos von Nutzen ist.

Von Medicamenten hat Vf. Thiocol in Form von Sirolin angewendet (10 g Thiocol auf 40 g Wasser, 5 g Extr. fluid. Aurantii. 95 g Syrup. Sacchari), täglich 3—4 Theelöffel (entsprechend circa 1—$1^1/_2$ g Thiocol pro die), ferner gab er es in Pulvern und Tablettenform, 3—4mal täglich 0·5 g, in einzelnen Fällen dreimal täglich 1 g. Die Zahl der längere Zeit, z. Th. mehrere Monate hindurch mit Thiocol behandelten Fälle beträgt 16, ferner wurde es noch bei einigen Patienten vorübergehend und in einzelnen Fällen der poliklinischen Praxis angewendet. Unter den mit Sirolin, bezw. Thiocol behandelten klinischen Patienten befinden sich 3 beginnende Spitzentuberculosen, bei denen keine Tuberkelbacillen gefunden wurden, 4 Spitzeninfiltrationen mit Bacillen im Sputum, 5 mittelschwere, leicht fiebernde Patienten, 3 schwere Fälle mit hektischem Fieber, 2 acute und 2 chronische Bronchialkatarrhe.

Vf. ist überzeugt, dass sich die Erfolge mit Thiocol in den Grenzen der durch Kreosot überhaupt erzielbaren halten, dass aber der Gebrauch des Thiocols dem Kreosot, bezw. Guajakol gegenüber unbedingte Vorzüge besitzt. Die völlige Geruchlosigkeit bringt es mit sich, dass das Mittel überhaupt von keinem Patienten zurückgewiesen wurde, der schwach bittere Geschmack lässt sich durch Oblaten leicht verdecken und kommt in den Tabletten überhaupt nicht zur Geltung, die Wasserlöslichkeit ermöglicht die Anwendung als Mixtur, die in der Form des Sirolins alle Bedingungen eines angenehm schmeckenden, tonisirenden Arzneimittels erfüllt. Es ist kein Fall vorgekommen, wo sich nach irgend einer Richtung hin unangenehme Nebenwirkungen geltend gemacht hätten. Die Patienten haben es selbst bei monatelanger Anwendung durchwegs gern genommen und sehr gut vertragen; auch das Gefühl der Völle und das lästige Aufstossen, das sich so oft bei Kreosotgebrauch einstellt, wurden nicht beobachtet. Der Appetit hat, von den schweren und complicirten Fällen abgesehen, fast ausnahmslos eine rasche und auffallende Besserung erfahren, und demgemäss nahm das Körpergewicht bei gesteigerter Nahrungsaufnahme zu.

In den intialen Fällen war eine günstige Wirkung auf die Nachtschweisse zu constatiren, die mit der Hebung des Allgemein-

befindens Hand in Hand ging, aber selbst in vorgeschrittenen Fällen wurden die Nachtschweisse unter Thiocolgebrauch oft wesentlich beschränkt. Eine unmittelbare Einwirkung auf den Fieberprocess hält Vf. nicht für wahrscheinlich.

Dort wo die katarrhalischen Erscheinungen nicht sehr ausgesprochen waren, liess sich ein günstiger Einfluss auf Husten und Auswurf nicht verkennen, unter gleichzeitiger Anwendung hydropathischer Umschläge wurde die Expectoration wesentlich erleichtert, der Hustenreiz nahm ab, der Auswurf wurde geringer.

Gegen den quälenden Husten kommt Morphium erst als das ultimum refugium in Betracht; Codeïn und Dionin leisten Alles, was wir fordern müssen, sie setzen die Reizbarkeit der Luftwege herab, ohne die Athemthätigkeit zu beschränken, daher ihre sedative Wirkung und ihr günstiger Einfluss auf die Expectoration. Vf. gibt das Dionin in Dosen von 0·03 am besten in Lösung (0·6 Dionin : 100·0 Aqua. D. S. Abends 1 Theelöffel). Vf. betont noch die Wichtigkeit des psychischen Moments. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 1, 1902.)

Dionin bei Erkrankungen der Athmungsorgane. Von Dr. Aug. Scherer. (Volksheilstätte für Lungenkranke zu Ruppertshain i. Th.).

Die hauptsächlichste Wirkung des Dionins ist eine reizmildernde. Der Hustenreiz verschwand in vielen Fällen nach einigen Tagen, in mehreren Fällen konnte das Mittel schon nach vier- bis fünftägigem Gebrauche ganz ausgesetzt werden, ohne dass es sich nöthig erwiesen hätte, an seine Stelle ein anderes Narkoticum treten zu lassen. Verminderte oder erschwerte Expectoration, wie sie nach selbst geringen Gaben von Morphium zuweilen auftritt, konnte sogar bei reichlichem Gebrauche des Mittels in keinem Falle beobachtet werden.

Vorhandene Schmerzen wurden durch das Dionin meist günstig beeinflusst, namentlich Schmerzen, welche mit den Menses zusammenhingen. Auch auf Kopfschmerzen scheint das Mittel günstig einzuwirken. Einen Einfluss auf die Schluckschmerzen bei Larynxphthise konnte Vf. nicht feststellen.

Patienten, die früher wegen starken Hustenreiz oder aus anderen Gründen über Schlaflosigkeit klagten, konnten nach abendlicher Einnahme von 0·02—0·03 Dionin meist sehr gut und anhaltend schlafen, ohne am Morgen mit benommenem Kopf oder sonstigen lästigen Erscheinungen zu erwachen. Mit Ausnahme

eines Falles zeigte Dionin keinerlei Einfluss auf die Nachtschweisse: Vf. musste zu Einspritzungen folgender Mixtur greifen: Balsam. peruv. 7·5; Acid. formic. 75·0; Spiritus depurat. 750·0. Unangenehme Erscheinungen nach Gebrauch von Dionin konnte Vf. nicht feststellen; namentlich ist es ein grosser Vorzug des Mittels vor dem Morphium, dass es niemals Verdauungsbeschwerden, Verminderung des Appetits, Uebelkeit, Erbrechen, Obstipation, Benommenheit oder dergleichen Beschwerden hervorruft. Eine Gewöhnung an das Mittel scheint nicht stattzufinden. Im Allgemeinen war man nicht genöthigt, die einmalige Dosis über 0·03 zu steigern; wo diese Dosis nicht wirkte, vermochte auch eine weitere Steigerung keinen Erfolg herbeizuführen. Vf. gebrauchte das Dionin in Pulverform: Dionin 0·02 auf Sacch. lactis 0·3, oder auch in 0·3—0·5%iger Lösung, 2—4mal täglich einen Thee- oder Kaffeelöffel, ferner noch in Form von Tabletten in der Dosis von 0·03. Das Dionin erwies sich als ein zwar durchaus nicht unfehlbar wirkendes, aber doch schätzenswerthes Narkoticum ohne irgend welche schädliche Nebenwirkungen. — (Therap. Monatsh. Nr. 3, 1902.)

Zur Behandlung der Lungentuberculose mit subcutanen Injectionen von Hetol und Natrium sozojodolicum. Von Primarius Dr. Anton Krokiewicz. (Abtheilung für interne Krankheiten des St. Lazarus-Landesspitales in Krakau.)

Noch bei der Anwendung der intravenösen Hetolinjectionen bei Lungentuberculose gelangte Vf., abgesehen von dem für den Kranken nicht besonders angenehmen operativen Eingriff selbst und von der Schwierigkeit der Behandlung ausserhalb des Spitals wegen der Nothwendigkeit einer überaus stricten Aseptik, zu der Ueberzeugung, dass diese Heilmethode bei manchen Individuen eine allzu heftige Reaction in den Tuberkelherden hervorruft und dadurch eine acute Dissemination des tuberculösen Processes in den Lungen und anderen Organen verursacht. Deshalb beschloss er, das Hetol in kleinen Gaben subcutan in mehrtägigen Intervallen zu appliciren; denn die Leukocytose steigt dann nicht so rapid und es müssen somit auch die Nährbedingungen in den Krankheitsherden günstigere sein. Neben den subcutanen Hetolinjectionen wandte Vf. in gleicher Art am nachfolgenden Tage Lösungen von Natrium sozojodolicum in kleinen Dosen an, um in die Tuberkelherde ein Antisepticum einzuführen, welches auf das specifische Tuberkelgift negativ einwirken und die Wirkung des Hetols unterstützen sollte.

Nach genauer Waschung des Armes mit 1‰ Quecksilberchloridlösung oder 5%igem Carbolwasser, hierauf mit 96%igem Alkohol und Aether injicirte Vf. eine 1 g-Spritze einer 5%igen wässerigen Hetollösung zweimal wöchentlich und am darauffolgenden Tage eine halbe Spritze einer 5%igen wässerigen Sozojodol-Natriumlösung. Die Spritze wurde vor jeder Benützung in 0·6% physiologischer Kochsalzlösung gut ausgekocht und nach derselben mit der gleichen sterilisirten Lösung ausgespült. Ebenso wurde die Hetolsolution mit physiologischer Kochsalzlösung bereitet und vor jedesmaligem Gebrauche 5 Minuten gekocht, um sie zu sterilisiren. Jedesmal wurden 0·05 g Hetol und 0·025 g Natr. sozojodolicum eingespritzt. Bei einer Steigerung der Temperatur über 38° C. oder beim Auftreten von Bluthusten oder anderen Störungen wurden die Injectionen sofort sistirt. Auf diese Art wurden 28 Kranke (16 Männer, 12 Frauen) mit Lungentuberculose behandelt. Im Ganzen wurden je 170 Injectionen mit Hetol und Natrium sozojodolic. gemacht; verbraucht wurden 8·5 g des ersteren und 4·25 g des zweiten Präparates. Niemals irgendwelche Complication; es vertrugen die Patienten diesen Eingriff ohne jede locale Reaction.

Von 28 Fällen von Lungentuberculose ist zweimal (7·1%) Heilung beobachtet worden; zehnmal ist (32·3%) bedeutende Besserung, dreimal (10·7%) Besserung und dreizehnmal (49·9%) bedeutende Verschlimmerung und letaler Ausgang. In den Fällen, in welchen der Tod oder eine bedeutende Verschlimmerung eintrat, waren die tuberculösen Veränderungen im Lungenparenchym weit fortgeschritten; aber trotz des ungünstigen Enderfolges war der Krankheitsprocess doch ein langsamerer und bei dieser Behandlungsart nicht so widerwärtig, wie unter gleichen Verhältnissen bei Anwendung anderer Heilmittel. Im Allgemeinen wurde die Behandlung mit subcutanen Injectionen von Hetol und Natrium sozojodolicum erst in solchen Fällen vorgenommen, wo neben physikalischen Veränderungen im Sputum Tuberkelbacillen nachgewiesen werden konnten. In 18 Fällen (64·2%) konnte mit aller Bestimmtheit die erbliche Belastung constatirt werden.

Die kleinste Injectionsperiode umfasste 9 Tage, die grösste 89. Die Einzeldose war in jedem Falle von Hetol 0·05 g und Sozojodol Natrium 0·025 g.

In 17 Fällen (60·6%) vertrugen die Kranken die Injectionen von Hetol und Natrium sozojodolicum mit sehr bedeutendem oder

geringerem Vortheile, in 11 Fällen (39·2%) vertrugen sie dieselben hinsichtlich des Krankheitsverlaufes, und nicht des Eingriffes selbst. Auch jetzt konnte Vf. einen bedeutenden individuellen Unterschied in der Wirkung der gleichen Dosen von Hetol und Natrium sozojodolicum beobachten, sowohl bei Männern wie bei Frauen, und auch jetzt spricht die Erfahrung für die Verabreichung kleiner Gaben in zwei- bis dreitägigen Intervallen. Die Bestimmung einer entsprechenden Dose ist individuell und das Kriterium, wann dieselbe zu gross ist und die Injectionen zu sistiren sind, bilden eine Temperaturerhöhung über 38·2° C. und Gewichtsabnahme.

Eine günstige Wirkung äussert sich schon in den ersten zwei Wochen und die hauptsächlichsten Symptome sind eine Zunahme des Körpergewichtes, Aufhören des Schweisses und Schüttelfrostes, Hebung des Appetits, grössere Lebensenergie, Reduction, resp. Aufhören des Rasselns in den Lungen und eine normale Verdauung.

Von Nebenerscheinungen sind manchmal ein Brennen am ganzen Körper und Schmerzen in der Brust nach der subcutanen Hetol- und Sozojodol-Natriuminjection zu verzeichnen; in dem letzten Falle hat ein Einpinseln des Brustkörpers mit Jodtinctur günstig gewirkt. Bisweilen war Blutspucken die Folge der Injectionen, was gegen diese Heilmethode bei Disposition zu Lungenblutungen und bei Frauen vor der Menstruation spricht.

Die subcutane Injection von Hetol und Sozojodol-Natrium in kleinen Gaben ruft in den Tuberkelherden eine mässige Leukocytose hervor und übt zugleich eine mässige Reizwirkung auf das Zellgewebe in der Umgebung des Tuberkelherdes aus. Dadurch werden günstige Momente zur Entwicklung des fibrösen Gewebes und damit zur Bindegewebsverdichtung, d. i. Vernarbung des Herdes geschaffen; auf diese Art wird der pathologische Process im Lungenparenchym und in den inneren Organen beschränkt. Bei Einführung von grösseren Gaben von Hetol und Sozojodol-Natrium subcutan in den Organismus entsteht in den Tuberkelherden eine starke Infiltration von weissen Körperchen, wodurch sich die Ernährungsbedingungen ungünstig gestalten, der Herd rasch der Coagulationsnekrose und der Erweichung unterliegt, das Tuberkelgift aus einem solchen erweichten Herde mit Leichtigkeit durch die Lymph- und Blutgefässe in den Kreislauf gelangt und die Dissemination des Schwindsuchtsprocesses bewirkt. Es bekräftigen dies die Befunde der Leichenobductionen, welche im anatomisch-patho-

logischen Institut der Jagiellonischen Universität ausgeführt wurden und mit der klinischen Beobachtung vollkommen übereinstimmen.

Wenn man die Resultate der Behandlung der Lungentuberculose mit intravenösen Hetolinjectionen und jene mit subcutanen Einspritzungen von Hetol und Sozojodol-Natrium vergleicht, so muss man den letzteren einen grösseren Heilwerth einräumen: im ersten Falle 30·2% und im zweiten 51·1% günstige Erfolge. Ob dieser so bedeutende Zuwachs der Anwendung von subcutanen Injectionen des Sozojodol-Natriums neben Hetol oder nur dem Hetol allein zuzuschreiben ist, fällt vorderhand schwer zu entscheiden.

Vf. zieht aus seinen neuesten Erfahrungen den Schluss, dass das Hetol, in kleinen Dosen subcutan angewendet, in manchen Anfangsstadien der Lungentuberculose, wenn es vom Kranken gut vertragen wird, mittelbar eine länger dauernde Heilung herbeiführen kann und sonst in vorwiegender Zahl von Krankheitsfällen besser wirkt, als alle bisher benützten Heilmittel.

In der Privatpraxis, wo die subcutane Injection auf Schwierigkeiten stösst, leisten sehr gute Dienste die Pillen, welche neben Hetol und Sozojodol-Natrium auch ein Kreosotpräparat enthalten, nach folgender Vorschrift: Rp.: Hetoli 0·50—1·50, Sozojodol-Natr. 0·25—0·50, Thiocol (Guajacol. carbon.) 10·0, Natrii bicarbon. Chinin. sulf. aa 5·0, Extr. et pulv. rad. Liquirit. aa qu. s. u. f. pill. Nr. 200 (ducenta), Consperg. Lycopodio. D. S. Dreimal täglich nach den Speisen zwei Pillen zu nehmen. — Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 2, 3, 1902.)

Physikalische Therapie.

Ueber wissenschaftliche Hydrotherapie und „Wassercuren".

Von Generalarzt Dr. v. Vogl.

Vf. bespricht einige acute und chronische Erkrankungen, in denen die Hydrotherapie, wie kein anderes Heilverfahren, mit bestem Erfolge angewendet wird:

1. Scharlach. Hier ist es insbesondere das Herz, auf dessen gute Function der Arzt sein Hauptaugenmerk zu richten hat, in zweiter Linie das Fieber. Beiden Indicationen genügt die Hydrotherapie, indem das in den erweiterten Hautgefässen angestaute hochtemperirte Blut, durch Kälteapplication abgekühlt, dem Centrum zugeführt wird; die Blutvertheilung wird gebessert und so dem

Herzen leistungsfähiges Blut zugeführt, während gleichzeitig durch den gehobenen Tonus der Blutgefässe die Herzkraft selbst gesteigert wird. Die schädigende Einwirkung des Scharlachgiftes auf das Centralnervensystem (Sopor etc.) wird beseitigt, wie nicht minder die mit Lymphadenitis einhergehende scarlatinöse Dermatitis mit Wasser antiphlogistisch behandelt wird. Ferner wird durch vermehrte schweissabsondernde Hautthätigkeit eine Entlastung der Nieren bewirkt — daher das weniger häufige Vorkommen von postscarlatinöser Nephritis — und endlich wird die Infectiosität der Scharlachhaut herabgesetzt. Vogl wendet kühle Bäder von 20°—16° C. an, so oft die Temperatur in recto 40° beträgt, wie es Jürgensen empfohlen; im Allgemeinen soll die Temperatur des Wassers umso niedriger gewählt werden, je früher mit der Behandlung begonnen wird und je resistenter der Organismus ist.

2. Croupöse Pneumonie. Auch für diese Krankheit gilt der von Jürgensen aufgestellte Satz, dass der schliessliche Ausgang derselben von der Leistungsfähigkeit des Herzens abhänge. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die medicamentöse Therapie, bestehe sie nun in Antipyreticis oder in Herzstimulantien, keinen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit nehme, dagegen hat Vf. im Garnisonsspitale das Wasser immer mit glänzendem Erfolge angewendet. Veranlasst zu diesem Verfahren hat ihn die Beobachtung, dass die geringe Mortalitätsziffer bei mit Wasser behandelten Typhuskranken auf die durch Bäderbehandlung gesetzte Verringerung der complicirenden hypostatischen, resp. croupösen Pneumonie beruhe. Angewendet wurde — als gegen die Allgemeininfection gerichtet — wie bei Typhus und Scharlach, alle 2—3 Stunden ein viertelstündiges Bad von 20°—15° C., wenn die Temperatur in recto 39·5°—39° betrug. Der Effect auf das Fieber war nur insoferne bemerkbar, als im Allgemeinen das Temperaturniveau während des ganzen Verlaufes herabgedrückt erschien; deutlicher war immer der Einfluss des Kältereizes auf Respiration, Circulation und Innervation, indem die Patienten durch das kalte Bad zu tiefen Inspirationen veranlasst wurden, wodurch nicht nur die Expectoration erleichtert, sondern auch dem Herzen O-reicheres Blut zugeführt und so dessen Arbeitsfähigkeit gehoben und erleichtert wurde. Vf. empfiehlt, vor dem Bade den Kranken eine Schale heissen Thees etc. zu verabreichen. In Fällen, wo die Verabreichung von Wannenbädern unmöglich ist, kann man dieselben durch Abreibungen, Theilwaschungen (9° R.), gewechselte kalte Stammumschläge, Kreuzbinden ersetzen.

3. Typhus. Hier hat sich der Satz „Die Kaltwasserbehandlung des Typhus gibt von allen Behandlungsarten die besten Heilresultate“ trotz hartnäckiger Ablehnung behauptet, und die „Brand'sche Behandlung“ ist jetzt allgemein anerkannt. Vf. widerlegt die vielfachen Einwendungen, die gegen die Wasserbehandlung erhoben wurden, namentlich die, dass Brand's Verfahren bloss die Herabsetzung der Temperatur im Auge habe und schablonenmässig sei. Die Aufgabe der Bäderbehandlung liege vielmehr darin, die Temperatur des Fiebers auf mässiger Höhe zu erhalten, der Haupteffect liege jedoch in der Herabsetzung der toxischen Wirkung des Typhusgiftes auf Circulation und Innervation und die Erscheinungen von Seiten des Darmes. Vf. hat bei mit Bädern behandelten Kranken nie den „Status typhosus“ gesehen, ebensowenig als er Hypostasen der Lungen beobachtet hat. Von grosser Wichtigkeit ist auch hier die Vermehrung der Diurese — die febrile Oligurie verschwindet schon am zweiten bis dritten Tage — und damit bedingte Ausscheidung der toxischen Producte. In der Formel „alle 2—3 Stunden ein viertelstündiges Bad von 20°—15° C., wenn die Temperatur in recto 39·5°—39° C. misst“ liege keineswegs etwas Bindendes für den Arzt, vielmehr kann derselbe, wenn es die Umstände erheischen, allmälig abgekühlte Bäder, kalte Ganzpackungen, alle Viertelstunden gewechselt, anwenden.

4. Tuberculose. Bei Bekämpfung dieser Volkskrankheit muss der Arzt sein Hauptaugenmerk auf die Abhärtung und Kräftigung der Individuen mit „phthisischem Habitus“, also auf die Prophylaxe richten. Die Hydrotherapie ist in solchen Fällen ein dankbares Verfahren. Durch den Kältereiz wird der Tonus der Blutgefässe und des Herzens, somit der Blutdruck gehoben und so alle Organe in ihrer Ernährung und Function gehoben; die Erregbarkeit der Hautnerven gegen die schädigenden Einflüsse der kalten Luft wird herabgesetzt und so Katarrhe, diese berüchtigten Vorläufer der Tuberculose, verhindert. Als abhärtende Proceduren gelten Theilwaschungen von 20° C. angefangen, nach wenigen Tagen schon mit Wasser von 12° C., Abreibungen, wechselwarme Regenbäder. Bei sehr anämischen Individuen ist vor der Application des Kältereizes Wärme zuzuführen (Einpackung, Dampfkastenbad), um keine Eigenwärme zu entziehen. Ausserdem kommen noch örtliche Applicationen in Betracht, vor Allem die Kreuzbinde als erregender Umschlag, die durch Steigerung des Zu- und Ab-

flusses des Blutes eine bessere Blutvertheilung in den Lungen bewirkt und damit die Bedingungen für die Festsetzung der Bacillen — die Anämie — beseitigt. Das Fieber und die sogenannten Nachtschweisse der Phthisiker bekämpft man mit Theilwaschungen, Abreibungen etc. Lungenblutungen werden mit absoluter Ruhe und Auflegung von kleinen Eissäckchen auf die vermuthete Stelle der Blutung behandelt.

5. Herzkrankheiten. Die Thätigkeit der Hydrotherapie schlägt hier zwei Richtungen ein, eine directe und eine indirecte. Die directe Beeinflussung geschieht durch Einwirkung von Kälte auf das Herz selbst oder auf das nervöse Centrum. Indirect wird das Herz beeinflusst durch Proceduren, die die Gesammtoberfläche treffen. Letztere Massnahmen bewirken als Primäreffect eine mächtige Zusammenziehung der Gefässe und unmittelbar darauf als Secundäreffect, d. i. Reaction eine active Erweiterung der getroffenen Hautgefässe, wodurch das Herz entlastet und geschont wird. Hieher gehörige Proceduren sind: Waschungen, Douchen, Voll- und Halbbäder. Directe Herzmittel sind: der Herzschlauch, resp. Nackenschlauch. Bei unvollkommener oder gestörter Compensation, wenn das Herz dem die ganze Oberfläche treffenden Kältereiz nicht gewachsen ist, hat sich die von Winternitz angegebene Theilwaschung bewährt, bei welcher ein Körpertheil nach dem anderen dem Kältereize ausgesetzt wird, so dass an dem einen Körpertheil schon Reaction, also Erweiterung der Gefässe und damit Entlastung des Herzens eintritt, wenn der andere Theil erst vom Kältereiz getroffen wird. Durch derartige Massnahmen kann das Herz lange functionstüchtig erhalten werden und die Digitalis für ernstere, vitale Indicationen aufgehoben werden, anderseits kann das Wasser uns dann noch gute Dienste leisten, wenn Digitalis und andere Stimulantien ihre Wirkung versagt haben. — (Bl. f. klin. Hydrother. Nr. 1, 1902.) B.

Die Hydrotherapie der Schlaflosigkeit. Von A. Laqueur.

Der Vf., Assistent an der unter Leitung des Geheimen Medicinalrathes Prof. Dr. Brieger stehenden hydriatischen Anstalt der Universität Berlin, bespricht die verschiedenen hydriatischen Massnahmen zur Bekämpfung der Agrypnie und empfiehlt Proceduren, die theils durch Beeinflussung des vasomotorischen Systems, theils durch Herabsetzung der Erregbarkeit der peripheren Nervenendigungen schlafbringend wirken. Solche Proceduren sind feuchte Ganzpackungen, die eine Erweiterung der

Hautgefässe und Herabsetzung des Blutdruckes bewirken, kalte, fliessende Fussbäder, Wadenbäder, welch letztere Proceduren das Blut vom Gehirn ableiten.

Die Proceduren sind vor dem Schlafengehen zu appliciren und ist jede Erregung zu meiden, wie etwa Frottiren beim Abtrocknen, Abkühlung nach Entfernung der Eispackung etc. Bei Schlaflosigkeit infolge Tachykardie eignet sich die mit dem Herzschlauch combinirte Buxbaum'sche modificirte Eispackung. Bei Vitien mit starkem Oppressionsgefühl auf der Brust hat L. von prolongirten lauwarmen (33°—37° C. $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde) Vollbädern schöne Erfolge gesehen. Er berichtet über zwei Potatoren, die seit Monaten an Schlaflosigkeit litten und schon nach einwöchentlicher Behandlung mit den warmen Vollbädern entlassen werden konnten. Weitere geeignete Proceduren sind lauwarme Sitzbäder, kurze, kalte Sitzbäder. In vielen Fällen konnte L. durch Berücksichtigung des Causalnexus die Schlaflosigkeit bekämpfen: bei Neuralgien durch Dampfcompressen und erregenden Umschlägen, bei Fiebernden durch Halbbäder oder gewechselte Einpackungen, bei Erkrankungen der Athmungsorgane durch Kreuzbinden; bei Krankheiten der Abdominalorgane ist die Leibbinde ein unentbehrliches, schlafbeförderndes Mittel. — (Die Heilk. Nr. 12, 1901.) B.

Ueber Bettbäder. Von Dr. Krönig.

Vf. sieht in dem traumatischen und physischen Insult der kalten Wannenbäder eine Gefahr für Patienten mit Darmulcerationen und verwendet schon seit 18 Jahren statt der Wannenbäder bei Typhuskranken kalte Abwaschungen auf einer Gummiunterlage mit ziemlich gutem Erfolge. Da jedoch der antipyretische Effect letzterer ein geringerer ist gegenüber den Bädern, hat K. durch Befestigung eines Gummilakens an die vier Bettpfosten eine Art Bettwanne construirt, in der die Temperatur durch zehn Minuten währende Uebergiessungen mit bis auf 14° abgekühltem Wasser durchschnittlich um 2° herabgesetzt wird. Unabhängig vom Vf. hat auch ein Herr Cramer eine Bettwanne construirt. Die K.'sche Bettwanne ist im Medicinischen Waarenhaus, Berlin N., Friedrichstrasse 108, erhältlich. — (Sitzungsber. d. Berl. med. Gesellsch. v. 27. Nov. 1901.) B.

Chirurgie.

Ueber die Entzündungen des Wurmfortsatzes. Von Dr. Blos.

Vf. hat 100 Fälle von Appendicitis an der chirurgischen Abtheilung des Prof. v. Beck beobachtet und plaidirt auf Grund dieser Beobachtungen für die möglichst frühzeitige Operation. Die Schwere des Gesammtbildes im Beginne der Erkrankung war massgebend für die möglichst rasche Operation. Bei der Begutachtung der Schwere des Appendicitisanfalles wurde stets auf das Vorhandensein der Schmerztrias von Dieulafoy (Hyperästhesie der Haut, reflectorischer Widerstand der Musculatur und die Schmerzhaftigkeit des Mac Burney'schen Punktes) geachtet; wo dieselbe vorhanden war, fand sich bei der Operation stets Eiterung und dieses Symptom gab daher die Indication zur Operation ab. Die Operation selbst wurde nach den bekannten allgemeinen Regeln vorgenommen; stets versuchte man den Wurmfortsatz bei der Operation zu entfernen. Grosse Vortheile gewährte dem Vf. bei der Nachbehandlung der operirten Fälle das Atropin in Dosen von 1—5 mg; das Präparat zeigte eine schmerzstillende Wirkung und wirkte ausserdem anregend auf die Peristaltik. Darmatonie, wie sie nach der Operation des Wurmfortsatzes eintreten kann, dann Darmatonie nach Peritonitis, sowie postperitonitischer mechanischer Ileus wurden dadurch sehr günstig beeinflusst.

Der internen Behandlung fielen nur die ganz leichten acuten Fälle zu. Dieselbe bestand in Bettruhe und strenger Diät, eventuell vollständiger Nahrungsentziehung für 24 Stunden, in Alkoholumschlägen um den Leib, welche schmerzstillend wirkten, und in Entleerung des Darmes vermittels Ricinusöl oder Oel-Einläufen. Die Opiumbehandlung verwirft Vf. vollständig, weil sie keine Vortheile gewährt, weder das Weitergreifen der Entzündung hindert, noch den Eintritt der Perforation aufhalten kann, sondern nur eine Euphorie vortäuscht, die den Arzt dazu verführt, die Operation hinauszuschieben. — (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 32, H. 2.)

Die chirurgische Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose. Von Oberarzt Dr. Kümmel.

Obwohl eine Heilung der Cirrhose auf chirurgischem Wege nicht möglich ist, gelang es doch in den letzten Jahren vielfach, das lästigste Symptom, den Ascites, auf operativem Wege zu beseitigen und die Leute wieder auf Jahre hinaus arbeitsfähig zu machen.

Die von Talma und Drummond in Vorschlag gebrachte Operation trachtet einen Vorgang der Natur, welchen dieselbe zur Heilung des Ascites einschlägt, nachzuahmen, indem sie Anastomosen zwischen dem Gebiete der Pfortader und der Vena cava zu erzeugen versucht. Es geschieht dies durch Annähen des Netzes, der Milz an oder in die Peritonealwunde, worauf es dann zur langsamen Entwicklung eines Caput medusae kommt.

Vf. hat im Ganzen 7 Fälle operirt, von welchen speciell einer die wichtige Bedeutung der Talma'schen Operation illustrirt. Es handelte sich um einen sehr elenden, fast moribunden Mann mit Delirien, bei welchem wegen hochgradigem Ascites die Annähung des Netzes an die vordere Bauchwand vorgenommen wurde. Zwölf Wochen nach der Operation verliess Patient bei gutem Allgemeinbefinden ohne Beschwerden, in arbeitsfähigem Zustande das Spital, der Ikterus war verschwunden, der Ascites nicht wiedergekehrt.

Was die Indicationsstellung für die Operation anbelangt, hat Vf. die Grenzen derselben weitergezogen als der Begründer der Operation, Talma. Während der Letztere im Vorhandensein von Ikterus, Acholie oder Hypocholie der Fäces eine Contraindication zum operativen Eingriff erblickt und eine gute Function der Leberzellen als unerlässlich für den Erfolg hält, führte Vf. auch in vorgeschrittenen Fällen die Operation aus, um die Patienten vom lästigsten und quälendsten Symptom zu befreien und eine Heilung anzubahnen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14, 1902.)

Ein Fall von Laminektomie. Von Dr. Gustav Bäärnhielm

Es handelte sich um einen 26jährigen Schneider, der an einer Caries der Wirbelsäule mit consecutiven Paresen und Spasmen der unteren Extremitäten litt. Ausserdem bestand eine Tuberculose beider Nebenhoden. Auf einen Versuch hin, den Gibbus zu redressiren, nahmen die Lähmungserscheinungen zu, worauf sich Vf. zur Laminektomie entschloss. Bei der Operation wurden die Bögen des 9., 10. und 11. Wirbels entfernt, ein Abscess, welcher in die Weichtheile hineinreichte, entleert, und Granulationen und käsige Massen, welche die Dura im Bereiche des Abscesses bedeckt haben, vorsichtig mit dem scharfen Löffel abgekratzt. Gleich nach der Operation konnte Patient kleine Bewegungen mit den Beinen und Zehen ausführen und am nächsten Tage konnten die Beine ungehindert bewegt werden. Patient trug anfangs ein Stützmieder, legte dasselbe aber fünf Monate nach der Operation ab und konnte ungehindert gehen. Keine Sensibilitätsstörungen. Die Tuberculose

des Nebenhodens besserte sich nach der Operation des Gibbus von selbst. Obwohl der Wirbelprocess ein noch florider war, hat also die Operation einen sehr guten unmittelbaren Erfolg erzielt; ob derselbe aber definitiv bleiben wird, ist ungewiss. — (Nord. Medic. Arkiv, Bd. 34, 1901.)

Ueber postoperativen Prolapsus der Viscera. Von Niels Neermann.

Auf Grund von 15 Fällen von Eingeweidevorfall, die im Anschluss an Laparotomien eingetreten sind, beschreibt Vf. die Pathologie und die Therapie dieser Krankheit. Der Prolaps trat zwischen 1—13 Tage nach der Laparotomie auf und fand in allen vom Vf. beobachteten Fällen in der geplatzten Narbe statt. Die verschiedensten Momente werden vom Vf. als begünstigend für die Entstehung des Prolapses angesehen; am wichtigsten ist der Allgemeinzustand der Patienten, da ein herabgekommenes, sehr anämisches Individuum keine Heilungstendenz zeigt; weiters können Wundinfection, eine sehr fette Bauchwand, die Länge der Wunde, die frühzeitige Entfernung der Suturen, die Art des Nahtmaterials und die plötzliche Zunahme des intraabdominellen Druckes von einem gewissen Einfluss sein.

Die Krankheit verläuft in den meisten Fällen, wenn die nöthige Hilfe bei der Hand ist, gut. Die Therapie besteht in Reposition der vorgefallenen Därme, nachdem dieselben von den Fibrinauflagerungen gereinigt und mit Kochsalzlösungen gehörig abgespült wurden. Wenn die Därme mit Eiter bedeckt sind, müssen antiseptische Lösungen (Carbol, Sublimat) zum Reinigen verwendet werden, da aber die Resorptionsfähigkeit des Peritoneums eine sehr grosse ist, muss, um einer Vergiftung vorzubeugen, das Antisepticum mittelst physiologischer Kochsalzlösung vollständig entfernt werden. Um die Reposition leichter auszuführen, werden die Wundränder mit Haken abgehalten, nur in den seltensten Fällen wird es nothwendig, eine Erweiterung der Prolapsöffnung vorzunehmen. — (Nord. Medic. Arkiv, Bd. 34.)

Ueber praktische Anwendung künstlich erzeugter Hyperämie. Von Prof. August Bier.

Vf., der seit Jahren die therapeutische Wirkung künstlich erzeugter Hyperämie studirt hat, fand, dass die arterielle und venöse Hyperämie nicht bei allen Krankheiten den gleichen Effect erzielen und präcisirt daher die Indication für die einzelnen Arten der Hyperämie. Die arterielle Hyperämie erzeugt Vf. durch

Heissluftapparate, deren Construction im Gegensatze zu den in den letzten Jahren bekannt gewordenen Apparaten ganz einfach ist, so dass die Apparate auch in der ärmeren Praxis benützt werden können. Jeder Tischler kann einen solchen Apparat zusammenstellen; der Apparat besteht aus einem einfachen Holzkasten, der mit einem Wasserglasüberzug versehen ist, und ausser den an den Seiten angebrachten Ausschnitten für den kranken Körpertheil und das Zuleitungsrohr (für die Heissluft) am Deckel einen Ausschnitt für ein Thermometer besitzt. Die Heissluft wird durch einen grösseren Spiritusbrenner erzeugt und vermittels eines Schornsteines aus Blech dem Kasten zugeführt. Die genaue Construction, sowie die Formen sind aus den der Arbeit beigegebenen Photographien zu ersehen.

Die arterielle Hyperämie hat eine auflösende Wirkung auf krankhafte Verwachsungen und Ablagerung der Gelenke, ist daher indicirt bei allen möglichen Versteifungen der Gelenke, rheumatischer und traumatischer Natur. Ferner hat die arterielle Hyperämie eine resorbirende Wirkung und eignet sich vorzüglich zur Behandlung von chronischen Oedemen, Elephantiasis und Gelenksergüssen; Vf. hat chronische Ergüsse in das Kniegelenk ohne Verband, nur mit Heissluft und Bettruhe im Schmerzstadium behandelt und gute Erfolge gesehen. Da die arterielle Hyperämie weiters eine schmerzstillende Eigenschaft besitzt, hat Vf. gute Erfolge bei der Behandlung der Ischias und Lumbago erzielt. Wegen der erregenden Wirkung, die sie auf die grossen und kleinen Gefässe ausübt, wurde die active Hyperämie auch zur Behandlung der Varicositäten und der Erfrierungen benützt.

In neuerer Zeit wurde der arteriellen Hyperämie von verschiedenen Seiten auch eine antibacterielle Wirkung zugeschrieben und thatsächlich gelang es Vf., bei oberflächlichen tuberculösen Processen (Geschwüren) mittels dieser Methode rasche Heilung zu erzielen, während tiefe tuberculöse Processe (Gelenkserkrankungen) stets eine Verschlimmerung erfahren haben.

Die zweite Art der Hyperämie, die Vf. zu therapeutischen Versuchen verwendet hat, ist die venöse oder die Stauungshyperämie. Dieselbe erzeugt Vf. durch centrales Abschnüren der Extremität mittels einer elastischen Binde, wobei es von besonderer Wichtigkeit erscheint, eine möglichst hochgradige Stauung

hervorzurufen, ohne Schmerzen zu erzeugen. Die Haut der betreffenden Extremität darf weder blau sein, noch sich kalt anfühlen, sondern muss blauroth und ödematös sein und sich warm anfühlen (heisse Stauung).

Die Stauungshyperämie vermehrt bei längerer Einwirkung das Bindegewebe und führt zu Knochenverdickungen, und ist daher angezeigt zur Behandlung von Pseudarthrosen. Ein grosses Verdienst hat sich Vf. dadurch erworben, dass er durch Hinweis auf die hohe bacterientödtende Wirkung der Stauungshyperämie dieselbe in die Behandlung der Infectionskrankheiten, speciell der Gelenkstuberculose eingeführt hat. Am auffallendsten ist die Wirkung bei der schmerzhaften Tuberculose, indem die Schmerzen nach einigen Tagen fast ganz aufhören oder erheblich vermindert werden. Da es nicht nothwendig ist, während der Stauungshyperämie die Extremität in einem steifen Verbande zu halten und es sogar möglich ist, wegen der geringen Schmerzhaftigkeit leichte active und passive Bewegungen zu machen, tritt bei der Bier'schen Behandlung eine Ankylose viel seltener auf, als bei anderweitiger Behandlung. Als ein Nachtheil der Behandlung kann hervorgehoben werden, dass dieselbe die Bildung von kalten Abscessen begünstigt; dieselben sind dann mit Punction und Injection von Jodoformglycerin zu behandeln.

In Verbindung mit Massage hat sich die Stauungshyperämie auch bei anderen Infectionskrankheiten der Gelenke (Pyämie, Gonorrhöe, Rheumatismus) bewährt, und zwar eignen sich für diese Behandlung am besten die ganz frischen oder subacuten Fälle.

Die Stauungshyperämie hat auch eine auflösende Wirkung und kann daher, ähnlich wie die arterielle Hyperämie, bei allen möglichen Gelenkssteifigkeiten angewendet werden, muss aber, da sie sonst die Resorption der gelösten Theile verhindern würde, stets mit Massage verbunden werden. — (Therap. d. Gegenw., Febr. 1902.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber Behandlung der Retroflexio uteri. Von P. Fumey.

Vf. lässt sich vorerst über die normalen anatomischen Lagerungsverhältnisse des Uterus sowohl im ungeschwängerten als geschwängerten Zustande aus. Dann bespricht er von den Lage-

anomalien die Retrodeviationen und deren verschiedene Behandlungsarten. Das ganze Um und Auf der Behandlung zielt beim Vf. dahin ab, die falsche Lage des Uterus dahin richtig zu stellen, dass die Möglichkeit der Conception und Austragung der Frucht wiedergegeben ist. So lange der Uterus mobil ist, fällt es nicht schwer, die Aufrichtung vorzunehmen und durch ein Pessar die normale Stellung zur bleibenden zu machen. Wesentlich anders liegen jedoch die Verhältnisse, wenn der Uterus mit seinen Anhängen durch die pathologische Lage bereits Veränderungen entzündlicher Natur aufweist und vollständig immobilisirt ist. In solchen Fällen empfiehlt Vf., die abdominelle Hysteropexie vorzunehmen. Er gibt wohl zu, dass die so geschaffene Lage unphysiologisch ist und während einer neuerlichen Gravidität und Geburt die unangenehmsten Complicationen heraufbeschworen werden können. Aus diesem Grunde empfiehlt er eine von Doléris angegebene Operationsmethode, bei welcher die eben erwähnten Nachtheile wegfallen. Das Wesen dieser Operationsmethode besteht in der abdominellen Verkürzung der Ligamenta rotunda. Die einzelnen Operationsphasen sind der Reihe nach folgende: Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch Laparotomie werden die Verwachsungen durchtrennt und der Uterus aufgerichtet. Nun werden die Ligamenta rotunda im unteren Winkel der Bauchwunde so eingenäht, dass der Uterus in normaler Lage festgehalten wird. Dadurch sind Verhältnisse geschaffen, welche der Norm nahe kommen. Der Uterus ist in seiner Beweglichkeit nicht eingeschränkt und daher während einer Gravidität in seinem Wachsthum nicht behindert. So der Autor! Ob aber der therapeutische Horizont in dieser Frage denn doch nicht ein wenig zu eng gezogen ist und ob die vaginalen Operationsmethoden unter gewissen gegebenen Verhältnissen nicht auch zu einem erspriesslichen Resultate führen können, überlasse ich der Beurtheilung von in dieser Richtung genügend Versirten. Mich des Weiteren hier mit dieser Frage zu beschäftigen, erscheint mir aus verschiedenen Gründen nicht zweckmässig, und verweise ich auf das Originale. — (Thèse de Paris, G. Steinheil.)

Königstein.

Nähmaschinenarbeit und Plätten, ihr Einfluss auf den weiblichen Organismus. Von G. Falk.

Jede schwere körperliche Arbeitsleistung, welche continuirlich, sei es in aufrechtstehender oder in sitzender Stellung ausgeübt wird, ist im Stande, dem weiblichen Organismus schweren Schaden

zuzufügen. Sowohl das Plätten als auch das Nähmaschinennähen sind schwer anstrengende Arbeiten, wenn sie dauernd, d. h. berufsmässig ausgeübt werden. Besonders beim Plätten entstehen auch ohne vorausgegangene Schwangerschaft hochgradige Erweiterung der Venen des Unter- und Oberschenkels. Bei Personen jugendlichen Alters stellen sich sehr häufig Schmerzen in den Fussgelenken, besonders in der Gegend des Fussrückens und äusseren Knöchels ein, welche auf entzündliche Processe in den Fusswurzelgelenken oder auf Bildung eines Plattfusses zurückzuführen sind. Vf. ist bemüht, aus statistischen Daten ein percentuales Verhältniss aufzustellen, aus welchem der Einfluss des Plättens und Nähmaschinennähens auf die Menstruation und Fehlgeburt (Abortus) ersichtlich ist. Er fand, dass von 1000 Nähmaschinennäherinnen 157 Angaben machten, durch die man auf eine Verstärkung der Menstruation schliessen konnte, bei 1000 Plätterinnen 254. Eine Zunahme dismenorrhöischer Beschwerden konnte man bei 67 von 1000 Nähmaschinennäherinnen, bei 88 von 1000 Plätterinnen constatiren. Vf. glaubt aus diesen statistischen Daten den Schluss ziehen zu können, dass der Einfluss einer dauernden stehenden Beschäftigung auf die Menses viel bedeutender ist, als der einer andauernden Beschäftigung an der Nähmaschine. Wesentlich anders ist das percentualische Verhältniss bei den Fehlgeburten (Aborten). Hier ergaben die diesbezüglichen statistischen Zusammenstellungen, dass die Zahl der Aborten bei Nähmaschinennäherinnen grösser ist als bei Arbeiterinnen mit stehender Beschäftigung. Während sich das Maschinnähen als eine häufige Ursache von Fehlgeburten erweist, zeigt eine andauernde stehende Beschäftigung, welcher Art sie auch immer sein möge, einen bedeutenderen Einfluss auf die Periode sowohl bei gesunden als erkrankten Geschlechtsorganen, als die Arbeit an Nähmaschinen. Allerdings nimmt der Einfluss der letzteren auf die Menstruation mit zunehmendem Alter beständig und sichtlich zu. Die statistischen Daten ergeben eine ganz bedeutende Zunahme der Unterleibserkrankungen mit dem Anstiege der Anzahl von Arbeitsjahren. Vf. kommt schliesslich zu dem Ergebniss, dass die Arbeit an der Nähmaschine nur dann als eine schwere anzusehen ist, welche für die Arbeiterin unter Umständen von den nachtheiligsten Folgen begleitet sein kann, wenn sie berufsmässig geübt wird. Er versteht unter berufsmässiger Beschäftigung eine solche von acht Stunden und darüber. Eine vorübergehende Arbeit mit der Nähmaschine

oder Plätte, wie sie im häuslichen Wirthschaftsgetriebe oft erforderlich ist, bleibt ohne jeden wesentlicheren Einfluss auf Menstruation und Geschlechtsorgane. Im Uebrigen werden die Gefahren, die eine andauernde Nähmaschinenarbeit nach sich ziehen kann, sehr überschätzt. — (Therap. Monatsh. Mai u. Juni 1901.)

Königstein.

Ein Beitrag zur Retroflexion und Retroversion der schwangeren Gebärmutter. Von Dr. H. Keitler. (Universitäts-Frauenklinik zu Wien.)

Vf. bespricht vorerst die Ursache der Entstehung dieser Lagerungsanomalie des graviden Uterus. Ist bereits eine Retrodeviation des Uterus vorhanden, sei es Retroversio oder flexio, so wird bei einer gesetzten Schwängerung eine Retroflexio zu einer Retroversio oder umgekehrt eine Retroversio zu einer Retroflexio werden. In ihrer Bedeutung sind diese beiden Lageveränderungen sehr verschieden von einander. Während bei einer Retroversio uteri gravidi eine Spontanaufrichtung niemals zu gewärtigen ist, so muss doch trotz gegebener Möglichkeit bei der Retroflexio uteri gravidi therapeutisch eingegriffen werden. Dass ein normal gelagerter Uterus in geschwängertem Zustande ins kleine Becken sinken kann, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden und zählt Vf. jene Fälle von Rückwärtslagerung, in denen der Muttermund die höchste Stelle des im kleinen Becken eingekeilten Uterus bildet, oder wo bei nach vorne und oben gerichtetem Muttermund die Portio vaginalis fehlt, in ihrer pathologischen Bedeutung der Retroversio uteri gravidi zu. Vf. kommt sehr eingehend auf die Behandlung des incarcerirten graviden Uterus zu sprechen und erhebt seinen warnenden Ruf bezüglich der Blasenentleerung. Eine vollständige plötzliche Entleerung der Blase ist wegen Gefahr einer Blutung ex vacuo zu vermeiden. Zum Glück ist dieser Ausgang der beginnenden Blasennekrose nur bei sehr verschleppten Fällen anzutreffen, weshalb man es niemals soweit kommen lassen darf. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 13, H. 3.)

Königstein.

Die intravesicalen Anzeichen für perivesicale Entzündungsvorgänge beim Weibe. Von Dr. Bierhoff.

Vf. cystoskopirte an der Klinik Knorr in Berlin eine grosse Anzahl von Frauen, die an Peri- und Parametritis, Lageveränderungen und Harnbeschwerden litten. Er richtete sein Hauptaugenmerk bei Verwerthung des ziemlich reichlichen Materiales auf die Speci-

ficirung der perivesicalen Krankheitserscheinungen. Wo keine anderen erkennbaren Ursachen für die Harnbeschwerden vorlagen, wurde auf perivesicale Veränderungen geschlossen. Vf. unterscheidet acute und chronische Formen der perivesicalen Entzündung. Ein wesentliches Symptom der acuten Entzündung ist eine bedeutende Verminderung der Blasencapacität. Im endoskopischen Bilde sieht man die Blasenwand an der afficirten Stelle nach innen vorgewölbt. Greift die Entzündung auf die Blase selbst über, so kommt es zu localem Oedem der Blasenwand. Anders verhält es sich, wenn der Process chronisch verläuft. Da kommt es zu einer bindegewebigen Organisation der Exsudatmassen, welche sich im cystoskopischen Bilde als scharfe, streifenartige Vorsprünge von weissgelblicher Färbung, die sich an den Enden spalten, bemerkbar machen. Es zeigte sich weiters, dass der häufigste Sitz dieser perivesiculären Bänder an den hinteren und seitlichen Theilen der Blase zu finden ist. Vf. weist auf die Möglichkeit einer Verwechslung mit der „Columbar bladder“ hin, welche jedoch nur vorkommt, wenn der Entleerung der Blase ein Hinderniss gesetzt ist. Man sieht im cystoskopischen Bilde ein sich kreuzendes Netzwerk von Vorsprüngen, welches sich jedoch über die ganze Blase ausdehnt, zum Unterschiede von den perivesicalen Bändern, die sich local begrenzen. Weiters können Contracturen der Blasenmusculatur zu Verwechslungen veranlassen, doch sieht man im cystoskopischen Bilde das Muskelspiel über die ganze Blasenoberfläche kommen und wieder gehen. Was die Therapie betrifft, so ist in acuten Fällen das ursächliche Moment der perivesicalen Affection zu bekämpfen und gleichzeitig eine allmälig steigende Ausdehnung der Harnblase durch Einspritzen von gradatim steigenden Flüssigkeitsmengen vorzunehmen. — (Med. news New-York, 1901.)

Königstein.

Augenheilkunde.

Erste Hilfe (Selbsthilfe) bei Kalkverletzungen des Auges im Baugewerbe. Von Prof. Hoppe.

Das Haupterforderniss, die schweren Folgen der Kalkverletzungen des Auges zu mildern, ist, raschestens erste Hilfe zu leisten. Zu diesem Zwecke empfiehlt nun der Autor „die Einführung reichlicher Mengen zähweicher Lanolinsalbe mit 2% Holocain. mur. mittels einer kleinen, platthalsigen, weichen Ge-

latinetube". Diese etwa pflaumengrossen, 10·0 fassenden Gelatinetuben, mit etwa 11 cm langem, 1/2 cm dickem, leicht plattzudrückendem Halse, sind mit einem Gelatinehütchen verschlossen. Diese Tube soll in einer angepassten Blechbüchse bequem im Werkanzuge des Bauhandwerkers untergebracht sein. Bei gegebener Verletzung wird nun von dem Verletzten selbst oder seiner Umgebung das Gelatinehütchen abgestreift und der platte Flaschenhals seiner ganzen Länge nach am Schläfenende der Lidspalte unter den oberen Augendeckel geschoben und durch Druck auf den Bauch der Tube ein dicker Salbenstrang in den Bindehautsack gepresst. Die schmerzstillende Wirkung der Salbe ermöglicht es, jetzt die Lider zu öffnen, den etwa sichtbaren Kalk mit einem Taschentuchzipfel zu entfernen und nun den Patienten in einem weniger gefahrvollen Zustande der weiteren ärztlichen Behandlung zuzuführen. — (Centralbl. f. prakt. Augenheilk. Nr. 2, 1902.)

Dr. Jänner.

Paraffininjectionen in der Augenheilkunde. Von Brockaert.

Rohmer in Nancy hat es versucht, zur Erzielung eines künstlichen Stumpfes nach der Enucleation die Gersuny-Methode, „durch Injectionen von Vaselinum liquidum gewisse Organe ästhetisch zu ersetzen, resp. für diese eine entsprechende Stütze zu erzielen", anzuwenden, und ging er folgendermassen vor: Aseptisches Vaselin wird in einem Porzellanschälchen geschmolzen und eine gut desinficirte, leicht angewärmte Lüer'sche Spritze damit gefüllt; die Nadel der Spritze wird leicht durch die Flamme gezogen, damit sie nicht durch erstarrendes Vaselin leicht verstopft werde; die Bindehaut wird desinficirt, cocaïnisirt, und nun wird die Nadel in die Narbe der Conjunctiva (etwa 3 Wochen nach der Enucleation ist diese wohl schon da) etwa 1 1/2 cm tief und circa 1 cm^3 Vaselin injicirt. Der Erfolg war ausgezeichnet.

Dianoux berichtet über drei ähnliche günstige Erfolge: zwei nach Enucleation und einen nach Exenteratio bulbi.

Wegen der in den Fällen Pfannenstiel und Halban durch Vaselininjectionen erfolgten Lungenembolien hat Eckstein die Methode modificirt, und besteht diese Modification darin, dass er ein Paraffin mit höherem Siedepunkt und rascherer Erstarrungsfähigkeit, als es das von Gersuny empfohlene weisse Vaselin besitzt, anwendet. Wenn man das Eckstein'sche Product in ein Gewebe mit etwas niederer Temperatur als seine eigene einspritzt, erstarrt es sofort, bleibt an der Injectionsstelle, wo man

es, während es erstarrt, formen kann, ganz nach Bedarf. Versuche am Kaninchen haben nun gezeigt, dass nach sechs Monaten das Gewicht des injicirten Eckstein'schen Paraffins sich absolut nicht geändert hat, dass also nichts davon resorbirt worden ist. Es bildet sich um die injicirte Paraffinmasse eine Bindegewebskapsel, in der man keine die Resorption begünstigenden Elemente findet.

Vf. hat durch diese Eckstein'sche Paraffininjection einen beiderseitigen Epicanthus mit Abplattung des Nasenbeines mit ausgezeichnetem kosmetischen Erfolge geheilt. Nach sorgfältiger Desinfection des Operationsfeldes wurde von einem Assistenten eine Hautfalte erhoben, so dass der Epicanthus durch diese erhobene Hautfalte verschwand. In diese Hautfalte wurde nun ungefähr 1 cm^3 Paraffin injicirt und während noch die Canüle stecken blieb, die Nasenwurzel passend geformt. Trotzdem keine Localanästhesie angewendet worden ist, war der Schmerz nur ganz unbedeutend, der kosmetische Effect ausgezeichnet. — (Ophthalmolog. Klinik Nr. 3, 1902.) Dr. Jänner.

Beiträge zur Therapie des Trachoms. Von Prof. W. Goldzieher.

„Die Erfahrung lehrt, dass, je früher es uns gelingt, das im Bindehautgewebe befindliche pathologische Infiltrat, handle es sich um isolirte oder conglobirte Follikel, oder aber um die ganze Schleimhaut erfüllende Massen, zu entfernen, desto sicherer das Ziel erreicht wird, eine Restitutio ad integrum, also Rückkehr der erkrankten Schleimhaut zur Norm ohne Bildung von Narbengewebe in der Schleimhaut und im Tarsus herbeizuführen.“ Diese Entfernung der krankhaften Follikel geschieht nun durch Expressio conjunctivae, und zwar durch Anstechen der Follikel mittelst Nadel oder Galvanokauter, durch Ausdrücken derselben mit Fingernagel — Unguipressio (der Nagel eines Daumens wird unter das umgestülpte Oberlid geschoben und mit dem Daumen der anderen Hand wird nun ein starker Druck ausgeübt); am vollkommensten jedoch geschieht die Zerstörung der Follikel durch die Behandlung mit der Knapp'schen Rollzange. Um in die verborgensten Trachomnester gelangen zu können, empfiehlt es sich, Rollzangen von verschiedener Grösse zu verwenden. Wegen der Schmerzhaftigkeit der Behandlung empfiehlt sich Narkose oder aber es wird eine halbe Spritze 3—4%iger Cocaïnlösung unter die Conjunctiva an der Umschlagsstelle injicirt. Durch dieses künstliche Oedem werden selbst die verborgensten Trachomnester

blossgelegt. Unmittelbar nach der Operation werden kalte Umschläge auf die Lider applicirt. Das Lidödem und die eventuellen Lidsuffusionen bilden sich nach einigen Tagen zurück. Die Conjunctiva hat nun durch die zertrümmerten, im Abstossen begriffenen Epithelien ein grauliches Aussehen; so lange die Conjunctiva so aussieht, werden täglich Ausspülungen mit 1‰ (pro mille) Sublimat gemacht; hat sich der Belag abgestossen, dann wird die Conjunctiva mit 1 % Argent. nitric. touchirt. Der Pannus trachomatosus kommt durch höchstgradige Stauung (durch die vorhandene Bindehautentzündung) in dem oberflächlichen Randschlingennetze der Hornhaut zustande; daher es sich prophylaktisch empfiehlt, jede drohende Vascularisirung der Hornhaut im Keime zu ersticken, also speciell Reizmittel wie Lapistouchirung im Anfange zu vermeiden. Ist aber trotz dieser Prophylaxe Pannus vorhanden, dann behandle man ihn galvanokaustisch, das wichtigste Mittel, um auch bereits vorhandenen Pannus zur Rückbildung zu bringen, ist die rasche radicale Behandlung der Bindehauterkrankung. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 9, 1902.)

Dr. Jänner.

Die therapeutische Bedeutung des Dionins in der oculistischen Praxis. Von Dr. Luniewski.

Das Dionin wurde zuerst von Wolffberg (Breslau) in die Ophthalmotherapie eingeführt und behauptet er, dass es eine Lymphstauung hervorruft und dadurch eine rasche Resorption der Entzündungsproducte bewirkt. Es kann entweder in Form von Tropfen (es löst sich bis zu 14% im Wasser, die über 10% übersättigten Lösungen scheiden jedoch das Dionin am Flaschenhals und am Tropfröhrchen als weisses krystallinisches Pulver aus, so dass die Lösungen mit der Zeit immer geringeren Procentgehalt darstellen) oder direct in Pulverform in den Conjunctivalsack applicirt werden. Schon nach wenigen Augenblicken nach der Application tritt heftiges Brennen und Prickeln auf und darauf ein Gefühl des Druckes aufs Auge und einer Völle in und um die Stirnhöhle; hierauf stellt sich Anästhesie ein, der durch die Augenkrankheit bedingte Schmerz schwindet, die Lider werden immer mehr ödematös, die Conjunctiva palpebrarum et bulbi wird sehr stark injicirt, die Conjunctiva bulbi speciell schwillt zu einem chemotischen Wall um die stark glänzende Cornea an, die eine Spur weniger empfindlich ist als sonst. Diese foudroyanten Erscheinungen halten ebenso wie die stärkere Thränensecretion 2—3,

oft auch mehrere Stunden an und schwinden dann allmälig. Das Dionin kann täglich 1—2mal verwendet werden.

L. hat nun das Dionin am klinischen Material in über 100 Fällen angewendet und überdies Thierversuche gemacht, und kommt nun in seiner Publication, deren interessante Details im Original nachgelesen werden mögen, zu folgenden Schlüssen:

1. Das Dionin ruft uns noch nicht näher bekannte Veränderungen im Epithelium der Capillargefässe hervor, hiedurch reichlichere Secretion von Blutplasma in das lockere Bindegewebe, respective in die Stomata. Die nun überfüllten Stomata drücken bis zu einem gewissen Grade die weiche, nachgiebige Wandung der venösen Gefässe und verursachen so eine venöse Stauung. Dieser Saftüberfluss bedingt eine bessere Ernährung der Zellen und schwemmt die pathologischen Producte mit.

2. Dadurch, dass man durch Einwirkung des Dionins auf den vorderen Bulbusabschnitt daselbst die Lymphcirculation beschleunigt, wirkt man mittelbar auch auf den hinteren Bulbusabschnitt.

3. Die überfüllten Lymphstomata üben einen Druck auf die Nervenendigungen aus, führen vielleicht sogar dadurch zur temporären Parese derselben; daher die analgetische Wirkung und die leichter erfolgende Mydriasis. (Parese der Nervenendigung des Occulomotorius.)

4. Daher ist nun das Dionin indicirt, a) um rasche Resorption von Entzündungsproducten zu bewirken, b) um rasche Resorption von serösen Exsudaten zu bewirken, c) um längere Zeit andauernde Anästhesie des Auges hervorzurufen.

Die besten Erfolge hat L. mit dem Dionin erzielt bei Iritis (auch die Erfahrungen Anderer und meine eigenen stimmen damit überein. Anm. d. Ref.). Die Schmerzen werden geringer, die Wirkung des Mydriaticums wird durch Dionin eine viel kräftigere, ja, es gelingt, frische Synechiae zu reissen. Nicht schlecht ist der Erfolg beim Pannus trachomatosus, bei frischen Maculae corneae, speciell nach Keratitis parenchymatosa und nach Kalkverbrennungen. Beim Ulcus corneae und beim Glaukom ist die Wirkung hauptsächlich analgetisch, beim Ulcus im geringen Grade auch resorbirend. Contraindicirt ist das Dionin bei Leuten mit Arteriosklerose.

Sowohl L., als auch Wicherkiewicz, auf dessen Klinik die Versuche gemacht worden sind, betonen die ganz

besonders gute Wirkung des Dionins bei durch serösen Erguss veranlasster Netzhautabhebung. — (Die Heilk., 6. Jahrg., Nr. 2, 1902.) Dr. Jänner.

Dermatologie und Syphilis.

Ueber Stypticin. (Locales Hämostaticum.) Von Dr. R. Kaufmann.

Beim Endoskopiren der Urethra, nach Dehnungen der Harnröhre mit dem Kollmann'schen oder Oberländer'schen Dilatator, nach Sondiren der Urethra bei Stricturen und auch nach einfachem Katheterismus kommt es vor, dass kleine aber störende Blutungen sich ereignen. Um diesen Uebelständen vorzubeugen, bedient sich K. des Stypticins, und zwar so, dass er den mit 2%iger Stypticinlösung beschickten Wattetampon gegen die blutende Stelle andrückt und sich eines mit Cacaobutter angerichteten Harnröhrenstäbchens bedient und in die Urethra schiebt. Das Stäbchen wird nach dem beifolgenden Recepte gemacht: Stypticini 0·03—0·04, Ol. cacao 1·5. M. f. bacilli urethr. long. cm 10, crassit. mm 4. Statt Olei cacao kann Gelatine ebenfalls als Vehikel benützt werden. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol. 15. Februar 1902.)

Horovitz.

Zur Behandlung der Leukoplakia bucco-lingualis. Von Dr. M. Bockhardt.

Dass die mercurielle oder Jodtherapie diesem Uebel gegenüber machtlos ist, steht fest; ja, man beobachtet Verschlimmerungen dieses metasyphilitischen Zustandes nach antisyphilitischen Curen. Umso wichtiger ist es, den Kranken das Rauchen zu verbieten, so zwar, dass sie auf den Tabakgenuss ganz und gar verzichten müssen. Wenn nun solche Patienten sich die kranken Stellen mit Perubalsam einreiben und den Mund öfters mit 3%iger Kochsalzlösung ausspülen, kann eine baldige Besserung, und bei geduldiger Fortsetzung dieser Behandlung vollständige und dauernde Heilung erzielt werden. Die Behandlung mit den üblichen Adstringentien soll ohne Nutzen sein. — (Monatsh. f. prakt Dermatol. 15. Februar 1902.) Horovitz.

Die Wirkung der Jodalkalien bei chlorfreier Diät. Von Dr. J. Sellei.

Ueber den therapeutischen Werth der Jodalkalien bei Behandlung tertiärer Formen der Syphilis sind alle Meinungen gleich



und ist jede weitere Auseinandersetzung an dieser Stelle überflüssig. Ebenso bekannt sind die Zeichen des ab und zu auftretenden Jodismus nach dem Gebrauche der Jodpräparate. Welche Individuen vom Jodismus befallen werden können, lässt sich im Vorhinein nicht feststellen; auch haben wir kein Mittel, um ausfindig zu machen, welche Menschen nach Gebrauch der Jodmittel mit einer Idiosynkrasie gegen diese Therapie reagiren werden. In letzter Zeit wurde die Meinung geäussert, dass die Erscheinungen des Jodismus bei chlorfreier Diät beseitigt werden können; die von S. in dieser Richtung gesammelten Erfahrungen sprechen gegen eine solche Verallgemeinerung, denn ihm gelang es nicht, bei chlorfreier Diät (Milchdiät) den Jodismus zu beseitigen. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1. März 1902.) Horovitz.

Ueber die Mercurialbehandlung der Tabeskranken. Von Dr. M. Bockhardt.

Die Quecksilberbehandlung der Tabeskranken ist nur im Initialstadium, höchstens nur noch im zweiten Stadium der Krankheit angezeigt; im sogenannten paralytischen Stadium ist die Behandlung zwecklos, wenn nicht gar schädlich. Aber selbst im Frühstadium des Uebels sind die starken Curen mit hohen Dosen Quecksilbers contraindicirt. Der Kranke soll während der Behandlung nicht abnehmen, daher sind nur schwache, aber auf Jahre sich erstreckende Curen bei Tabes angezeigt. Die Kranken müssen daher Jahre lang in Evidenz gehalten werden. Die neben den Quecksilbercuren einhergehenden Badecuren erstrecken sich auf lauwarme Bäder von 26°, ferner leichte Liegecuren. So gelang es B., nach 4—6 Curen, d. i. nach 4—6 Jahren das Uebel zum Stillstand zu bringen. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol. Jänner 1902.) Horovitz.

Ein Fall von chronischem Ekzem geheilt mit 4%iger Sublimatlösung. Von E. Scipiades.

Der Anfang des Uebels begann vor 12 Jahren als acutes, nässendes, ausgebreitetes Ekzem, um sich auf gewisse Hautstellen zu localisiren und daselbst als chronisches Ekzem zu verharren. Die ganze übliche Ekzemtherapie wurde erfolglos an diesem einen Falle erprobt, als S. durch Zufall auf 4%iges Sublimat kam. Mit 4%igem Sublimat getränkte Watte wurde auf diese Stelle gelegt, mit Billrothbattist bedeckt und niedergebunden. Nach einer halben Stunde trat starkes Brennen auf, nach $1^1/_2$ Stunden musste der Verband entfernt werden. Es kam zur Blasenbildung wie bei einer

Verbrennung. Application von 10%iger Borsalbe. Heilung, die noch nach Monaten anhält. Die anderen Stellen wurden täglich mit 4%igem Sublimat eingerieben; nach 4—5 Tagen Entzündung schwächerer Art. — (Orvosi Hetilap; nach Monatsh. f. prakt. Dermatol. Februar 1902.) Horovitz.

Beitrag zur Behandlung der Syphilis. Von Dr. Weiss.

Eine mit tertiärer Lues behaftete, 42 Jahre alte Frau bekam innerlich Jodipin, worauf heftige Vergiftungserscheinungen zutage traten: Oedeme, Albuminurie, Erbrechen und Durchfälle. Nach Aussetzen des Medicamentes und Wiederherstellung von diesem Jodismus wurde die Cur abermals mit Verabreichung von Jodnatrium begonnen. Zugleich mit der erneuerten Jodtherapie wurde eine kochsalzfreie Diät angeordnet: Milchdiät; und nun ging die Jodbehandlung ohne Anstand vor sich. W. glaubt auf diese Weise die Erscheinungen des Jodismus zu beseitigen. — (Ung. med. Presse Nr. 27 u. 28, 1901.) Horovitz.

Ueber die gleichzeitige therapeutische Anwendung von Quecksilber- und Jodpräparaten. Von Dr. Fr. Lessen.

Bekanntlich wird von vielen Aerzten im Spätstadium der Syphilis Jod und Quecksilber gleichzeitig gereicht, um die specifischen Producte der Syphilis rascher zum Schwunde zu bringen. Doch wird diese Therapie von anderen Aerzten perhorrescirt, weil sich hiebei leicht ätzende Jodquecksilbersalze bilden, die dem Körper grossen Schaden zufügen können. Es ist bekannt, dass bei internem Jodgebrauche das in das Auge gleichzeitig gebrachte Kalomel sich in ätzendes Jodquecksilber umwandelt und das Auge sehr gefährden kann; ebenso kann es bei diesem Jodgebrauche und Kalomeleinblasung in den Kehlkopf zu schweren, mit Erstickungsnoth einhergehenden entzündlichen Schwellungen kommen. Ferner schwillt unter solchen Umständen das mit Kalomel bestreute Präputium an. — Eine mit Jodkali behandelte Amme sondert Jod mit der Milch ab und wenn nun der Säugling Kalomel bekommt, so kommt es zu Geschwüren infolge des ätzenden Quecksilberjodides im Magen und Darme. Thierversuche wurden so angestellt, dass den Thieren Jodkali mit der Schlundsonde beigebracht wurde und nun, so lange der Körper mit Jod beladen war, wurde den Thieren Kalomel, Sublimat, Protojoduret. hydrargyr., Hydrargyr. oxydul. tannicum entweder per os oder subcutan einverleibt. So wurde constatirt, dass die schädigende Wirkung bei Kalomel und Protojoduret. hydrargyr. zutage trat. Bei Sublimat wurde dieser Effect nicht beobachtet. —

Wird Kalomel subcutan oder intramusculär injicirt, so bemerken die Kranken nichts; erhielten sie nach zwei Tagen Jodkali, so trat an der injicirten Stelle ein starkes Brennen ein, welches etwa vier Stunden anhielt. Oleum cinereum, Hydrargyr. salicyl. und Hydrargyr. thymoloaceticum scheinen keine Aetzwirkung in Combination mit Jodkali hervorzurufen. Hydrargyr. oxycyanatum als Spülmittel der Blase bewirkt bei simultaner Jodeinfuhr heftige Schmerzen in der Blase. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47 u. 48, 1901.) Horovitz.

Zur Therapie des venerischen Katarrhs. Von Dr. A. Kronfeld.

K.'s Apparat besteht aus einem heizbaren Irrigator sammt Thermometer, $1^1/_2$—2 m hoch an der Wand befestigt, ferner aus einem Gummischlauche, an welchem eine gerade oder gekrümmte Glascanüle nach Vanghetti angesetzt ist. Die Glascanülen ermöglichen ein Eindringen der Spülflüssigkeit in die Harnröhre und den ungehemmten Ausfluss nach aussen. Die Tiefe, in welche die Flüssigkeit dringt, hängt von der Beschaffenheit der Urethra und dem Wasserdrucke ab. Bei kräftigen, jungen Männern dringt die Flüssigkeit bis zum Compressor urethrae vor. Die Spülung wird jeden zweiten Tag gemacht, und zwar mit 1—2 l Flüssigkeit. Als Spülmittel wird $^1/_2$—3%ige Lösung von Ichthyol benützt; die Temperatur ist anfangs 35° C., die rasch auf 40—50° C. gebracht wird. Diese Methode vereinigt also die Spülbehandlung und die Anwendung hoher Temperaturen in sich und vermeidet alle ätzenden und die Schleimhaut schädigenden Stoffe. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 6, 1902.) Horovitz.

Der Favus und seine Behandlung. Von P. Solowjerd.

Diese Methode ist sehr geeignet, ins Auge gefasst zu werden, da sie das so lästige Epiliren vollständig vermeidet. Nach vorheriger Befreiung der Kopfhaut von allen Krusten, was mit Vaselineinreibungen leicht bewerkstelligt werden kann, wird sie mit 5—10%igem Formalin gut eingerieben, mit Watte bedeckt und mit einer Haube niedergebunden. Die Behandlung dauert 2—3 Wochen; es schwinden die Scutula, ebenso verliert sich die Hautröthe. Zwölf in dieser Weise behandelte Fälle waren von Erfolg begleitet. Ob Recidiven wiederkamen, ist nicht sicher, obschon das das Allerwichtigste an der Sache ist. — (Woenno med. Journ.; nach Dermatol. Centralbl. März 1902.) Horovitz.

Kinderheilkunde.

130 Fälle von infectiöser Kolpitis kleiner Mädchen mit positivem Gonokokkennachweis. Von Dr. Rômniceanu und Dr. Robin.

Unter 150 im Laufe von 14 Jahren zur Beobachtung gekommenen Fällen von Kolpitis gaben 130 positiven Gonokokkenbefund. Einigemale war der Gonococcus vergesellschaftet mit: Pseudodiphtheriebacillen, Streptokokken, Bacillus subt., koliähnlichen Bacillen, Bac. anthracoides oder rosa und weisser Hefe. Von Complicationen der Kolpitis wären zu nennen: Conjunctivitis, Keratitis, Bactholinitis, Lymphangoitis, ano-rectale Blennorrhöe, Cystitis, Urethritis, Metritis, Salpingitis, Peritonitis, Arthritis, Endokarditis, Pleuritis und verschiedene Exantheme. Recidiven wurden nach zwei, nach fünf und nach sieben Jahren beobachtet. 7 Mädchen waren zwei bis drei, 7 drei Jahre, 8 vier, 21 fünf, 28 sechs bis sieben, 18 acht, 18 neun, 15 zehn, 9 elf, 8 zwölf und 6 dreizehn Jahre alt. Aetiologisch kam Zusammenschlafen mit weiblichen oder männlichen tripperkranken Verwandten, Baden in der Wanne einer Tripperkranken, Infection bei der Geburt, in der Schule und durch Nachbarskinder und angebliche Nothzüchtigung in Betracht. — Das häufige Vorkommen gonorrhöischer Kolpitis bei kleinen Mädchen erschwert für manche Criminalfälle die Lage des Gerichtsarztes.

Die Behandlung bestand wesentlich in Waschungen mit 4%iger Borsäure und Touchirung mit 1—2%iger Höllensteinlösung. — (Wien. med. Presse Nr. 43, 1901.)

Venaesectio bei Urämie im Verlaufe der postscarlatinösen Nephritis. Von Dr. Karl Springer.

Zum Zwecke einer Entlastung des überangestrengten Herzens und einer Verminderung der im Körper aufgespeicherten Giftstoffe vorgenommen, leistet der Aderlass bei postscarlatinöser Urämie gute Dienste. Es wurde immer gleichzeitig auf Vermehrung der Flüssigkeitszufuhr (per os, per rectum, im Anfalle auch durch subcutane Infusion von physiologischer Kochsalzlösung) Gewicht gelegt. Zur Eröffnung empfiehlt sich in der Regel die in der linken Ellenbeuge schräg zur V. basilica ziehende Vene, die vorsichtshalber central und peripher nach dem Aderlass zu unterbinden ist. Bei kleinen Kindern ist besser die Vena basilica knapp über der Ellenbeuge zu eröffnen.

Von fünf mittels Aderlass behandelten Fällen von Scharlachurämie sind drei genesen, zwei gestorben, einer (moribund übernommen) an Pneumonie und Lymphdrüsentuberculose; der andere wäre möglicherweise durch Wiederholung der Venäsection zu retten gewesen. Was die Wirkung des Aderlasses betrifft, zeigte sich dieselbe in folgenden Momenten: Die Krämpfe sistirten, meistens sofort, und fast unmittelbar nach dem Eingriff kehrte das Bewusstsein wieder. Der Puls verlor meist sofort seine abnorme Spannung. Die Temperatur sank nach mehreren Stunden um wenige Zehntel. Eclatant war die Steigerung der Harnmenge und das Schwinden der Oedeme, sowie der Rückgang der Albuminurie und des Gehaltes an geformten Elementen im Harn. Schweissausbruch wurde in keinem Falle beobachtet.

Diese Erfahrungen sprechen dafür, dass bei Urämie im Verlaufe der scarlatinösen Nephritis auch an Kindern, besonders in Fällen mit schweren Centralerscheinungen und gespanntem hartem Puls, sich die Vornahme der Venäsection in Verbindung mit subcutaner Infusion von Kochsalzlösung sehr empfiehlt. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 8—10, 1902.)

Zur Frage der Säuglingsernährung. Von J. v. Mering.

Das Eiweiss wurde bisher als alleinige Ursache der Schwerverdaulichkeit der Kuhmilch bei der Säuglingsernährung angesehen. Es wurde nicht berücksichtigt, dass auch das Fett der menschlichen Milch von dem der Kuhmilch sehr verschieden ist. In der Kuhbutter sind 10 % flüchtige Fettsäuren, in der menschlichen 1·5 %; diese von höherem Moleculargewicht als die der Kuhmilch. Die in freiem Zustand den Darmcanal so stark reizende Buttersäure macht über 6 % der Triglyceride der Kuhbutter aus, in menschlicher Milch findet sie sich nur in Spuren. Die bei Gährung von Kohlehydraten entstehende Buttersäure irritirt stark den Darmcanal, speciell den Magen, in dem schon die Butter der Milch gespalten und freie Buttersäure auftritt. In noch höherem Masse droht der Nachtheil der Buttersäure in den Butter enthaltenden Conserven (Ranzigwerden); übermässiger Zuckerzusatz (mit seinen bekannten Nachtheilen) vermag nur zum Theil das Freiwerden der Buttersäure zu verhindern.

In der vom Vf. empfohlenen Kindernahrung ist mit Rücksicht auf diese Momente die Kuhbutter ausgeschlossen und der Fettgehalt der Nahrung durch Fette hergestellt, die keine flüchtigen Fettsäuren enthalten und keine Neigung zum Ranzigwerden

zeigen, d. i. das Fett des Eidotters und die Cacaobutter. Der Eidotter hat noch den Vortheil des hohen Lecithingehaltes, der einen günstigen Einfluss auf die Organentwicklung garantirt, sowie des Gehaltes an leicht verdaulichem, phosphorhaltigem Vitellin, das gut das schwer verdauliche Kuhcaseïn zum Theil vertritt. Ausserdem hat Bunge darauf hingewiesen, dass es der Milch aller Thierarten an dem zur Blutbildung nöthigen Eisen fehlt, welches im Hühnereidotter in leicht assimilirbarer organischer Verbindung vorhanden ist.

Zu diesen Bestandtheilen der M.'schen Kindernahrung, entfetteter Milch, Eidotter, Cacaobutter, kommt ausser Mehl und Zucker noch ein solches Quantum Molken, dass das Verhältniss des Caseïns zum Albumin dem der Frauenmilch genähert wird. So beträgt dann der Gehalt an Caseïn etwa 5·5%, der an Albumin 4·0 %, der gesammte Eiweissgehalt 14 %. Werthvoll ist, dass bei der Eindampfung eines Gemisches von Milch und Molke jede Gerinnung des Lactalbumins ausgeschlossen ist. Mit den Molken und der Milch erhält das Präparat einen Gehalt von 20 % Milchzucker, dem noch etwas Rohrzucker zugesetzt wird. Als Mehl wird eine Mischung von Weizen- und Hafermehl verwendet, deren eine Hälfte durch Diastase in lösliche Producte umgewandelt ist, während die andere durch Backen aufgeschlossen ist.

Sprechen die wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Richtigkeit der berücksichtigten theoretischen Principien, so haben ausserdem praktische Versuche mit dem Präparate seitens hervorragender Kinderärzte, und die ausführlich wiedergegebenen, unter der Leitung des Prof. Zuntz ausgeführten Stoffwechselversuche für die vortrefflichen Erfolge, die sich mit dieser Nahrung erzielen lassen, empfehlende Resultate geliefert. — (Therap. Monatsh., April 1902.)

Beitrag zur Kinderernährung im Säuglingsalter. Ernährungsversuche mit Mumme. Von Dr. Josef Reichelt.

Die günstigen Erfahrungen, die mit malzhältigen Nährmitteln erzielt worden sind, veranlassten zu Versuchen mit Doppel-Schiffmumme bei Säuglingen. Dieselbe ist ein dünnflüssiges Malzpräparat, das aus 54·5 Trockensubstanz, 0·9 Mineralbestandtheilen, 0·36 Phosphorsäure, 2·8 Stickstoffsubstanz, 41·13 Matose und 8·18 Dextrin besteht und fabriksmässig der Sterilisation unterzogen wird. Im Grossen und Ganzen hielt sich R. an die von Keller für

die Malzsuppe fixirten Indicationen. Das Präparat wurde als solches, ohne Mehl verabreicht. Wo eine Verordnung von Alkalien nöthig erschien, wurde Kal. carb. oder Natr. bicarb. in Lösung vor der Mahlzeit oder eventuell zur Nahrung gegeben.

Diarrhöen traten fast nie ein, besserten sich im Gegentheil, wenn sie vorher bestanden hatten, so dass Adstringentien unnöthig erschienen. Das Präparat wurde nicht nur bei Ernährungsstörungen und Pädatrophie, sondern auch bei acuten oder chronischen Verdauungsstörungen gegeben, bei acuten Störungen in vorsichtiger Dosirung.

Im Allgemeinen wurde Kindern unter drei Monaten als erste Dosis 1 Esslöffel Mumme pro die gegeben, der in der Tagesmenge des Wassers gelöst wurde; es wurde bis auf vier Esslöffel gestiegen. Grösseren Kindern wurde die Mumme gleich kaffeelöffelweise der Nahrung zugesetzt. Wo ein Soxhlet-Apparat in Verwendung stand, wurde die Mumme mit der Milchmischung nochmals sterilisirt. Es konnte nur an ambulatorischem Material die neue Nahrung versucht werden, somit haften den Ergebnissen alle bekannten Mängel dieses Krankenmaterials an. Nur in den acutesten Erkrankungsfällen wurde zunächst die Milch für 1—2 Tage ganz ausgesetzt und russischer Thee gereicht, hernach erst Mumme beigegeben. Bei allen übrigen Verdauungsstörungen und Ernährungsstörungen kam sie sofort in Verwendung. Ausschlaggebend für die Dosirung war nicht nur die Waage, auch die Beurtheilung der Entleerungen und des Allgemeinbefindens.

Die Erfolge waren überaus günstig, nicht nur momentan, sondern auf Monate hinaus und desto überzeugender, je länger die Kinder die Mumme bekamen. In 52 Fällen wurde das Präparat versucht; in 11 Fällen misslang der Versuch, da die Patienten nicht wieder kamen. Es bleiben somit zur Kritik 41 Fälle, deren Typen Vf. durch Beispiele charakterisirt.

Eine die Darmperistaltik anregende Wirkung liess sich nicht constatiren. Siebenmal bekamen gesunde Kinder behufs besserer Ernährung Mumme und entwickelten sich prächtig. Bei dem Alter von 5—16 Monaten betrugen die täglichen Durchschnittszunahmen 25—50 g. Der Geschmack der Mumme ist ganz angenehm, sie wurde von den Kindern gern genommen und wiesen dieselben dann oft anders zubereitete Nahrung zurück.

Die Mumme hält sich nur in der uneröffneten Flasche lange; die eröffnete Flasche muss, namentlich im Sommer, an einem kühlen

Orte aufbewahrt und bald aufgebraucht werden. Zweimal täglich sollte die Nahrung frisch zubereitet werden. — (Therap. Monatsh. Febr. 1902.)

Kleine Mittheilungen.

Ueber die Behandlung der Gallensteinkolik mit kleineren, aber häufigen Jodkaliumdosen berichtet F. Jaworski.[1] Vf. hat im Verlaufe von fünf Jahren 30 Gallensteinkranke mit Jodkalium (4—6 : 200·0) behandelt. Die Patienten erhielten zwei Esslöffel dieser Lösung und fühlten sich bei dieser Therapie sehr wohl. Die Schmerzhaftigkeit bei der Palpation und die Kolikanfälle liessen bald nach. Vf. verwendete das Jodkalium in Fällen, welche mit heftigen, kurzdauernden Koliken und nachträglichem Gefühl von dumpfem Schmerz in der Lebergegend, sowie Empfindlichkeit der Gallenblase einhergingen. Die Kranken erhielten kein anderes Medicament. Bei sehr heftigen Gallensteinkoliken darf man auf die langsame Wirkung des Jodkaliums nicht allzuviel setzen und muss zu Narkoticis greifen. — (Allg. Wien. Med. Ztg.: Wien. med. Presse.)

Auf Grund von elf eigenen Beobachtungen über den therapeutischen **Werth des Aderlasses bei Urämie** gelangt Walko (Prager Zeitschr. f. Heilk.) zu folgenden Ergebnissen: Auffallend war in der Mehrzahl der Fälle der eclatante Rückgang der urämischen Erscheinungen nach dem Aderlass, zweitens die reichliche Diurese eines sedimentreichen bluthältigen Harns, in manchen Fällen auch reichliche Schweisssecretion und Abnahme des Eiweissgehaltes des Harns. Diese günstigen Erfolge waren fast nur bei acuter Nephritis und acuten Nachschüben leichter subacuter Formen zu verzeichnen, während der Aderlass bei genuiner oder secundärer Schrumpfniere, Amyloidniere, grosser weisser Niere wirkungslos blieb oder nur geringe Veränderungen in der Intensität und dem Ablauf der Erscheinungen und damit nur vorübergehende Besserung bewirkte. Erhebliche Differenzen der molecularen Concentration vor und während des urämischen Anfalles bestehen nicht, dagegen findet sich eine mehr oder minder deutliche Vermehrung des Wassergehaltes des Blutes im Anfall, die aber kein constantes oder für die Urämie charakteristisches Vorkommniss ist. Es gibt zahlreiche Fälle von Urämie und Nephritis, bei welchen

der Trockengehalt des Gesammtblutes, wie des Serums, und ebenso der Eiweissgehalt ein annähernd normaler ist. Das Blut spielt also nur eine vermittelnde Rolle zwischen Niere und Körpergewebe und ist im Stande, ebenso wie seinen Wassergehalt, auch seinen osmotischen Druck zu regeln. Ebensowenig lassen sich die Verhältnisse des Blutdruckes zur Erklärung der Aderlasswirkung heranziehen, denn während die Spannung des Pulses stark abnimmt, ändert sich der Druck wenig oder gar nicht. Es besteht vielmehr eine Reizung des vasomotorischen Centrums, welche zu Krampf der Nierengefässe führt. Die Herabsetzung dieses Krampfes bildet neben der directen Entlastung des Blutes ein Hauptmoment in der Wirkungsweise des Aderlasses. — (Wr. med. Presse.)

Ueber die Verwendung von Orthoform zur Diagnose eines Ulcus ventriculi. Die schmerzstillenden Eigenschaften des Orthoforms kommen bekanntlich nur zur Wirkung, wenn die schmerzhafte Stelle von ihrer Epithel- oder Epidermisbedeckung beraubt ist. Diese Eigenschaft veranlasste Memmi, das Orthoform zu versuchen in Fällen von Gastralgie, in welchen die Diagnose auf Ulcus aus Mangel an anderen sicheren Zeichen nicht mit Bestimmtheit gestellt werden konnte. Memmi untersuchte einerseits Patienten, bei welchen das Ulcus mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, anderseits Kranke, die zweifellos an Ulcus ventriculi litten. Im ersteren Falle hatte die Darreichung von 1 g Orthoform in $^1/_2$ Glas Wasser keine Wirkung auf die Magenschmerzen, in der zweiten Kategorie dagegen verschwanden die Schmerzen regelmässig nach etwa 20 Minuten. Die Analgesie trat in gewissen Fällen erst nach Bauchlagerung des Patienten ein, in anderen Fällen war eine vollständige Rückenlage zur Erzielung der Analgesie erforderlich. Daraus konnte man schliessen, dass im ersten Falle das Geschwür auf der vorderen, im zweiten auf der hinteren Magenwand sass. — (Nouv. remèdes; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Einfluss von Darmleiden auf die Magensecretion. Man trifft häufig Patienten, welche gleichzeitig Störungen der Functionen des Magens und des Darmes aufweisen. Neben Diarrhöe, Obstipation u. s. w. klagen sie über Kardialgie, Blähungen, Aufstossen, Pyrosis oder Erbrechen, kurz, weisen alle jene Symptome auf, welche wir unter dem Namen gastrische Symptome zusammenzufassen pflegen. Gewöhnlich nimmt man an, dass solche Patienten gleichzeitig an einem Magen- und an einem Darmleiden laboriren,

namentlich ist dies der Fall, wenn Störungen der Magensaftsecretion vorliegen. Prof. F a b e r ist dagegen der Ansicht, dass die Magensymptome häufig reflectorischer Natur sind. Kardialgie, Blähungen, Aufstossen, Erbrechen findet man als Nebenerscheinungen bei Krankheiten der Leber, der Nieren, des Uterus, ohne dass man bei solchen Patienten deswegen eine eigentliche Erkrankung des Magens annimmt, und bei Darmincarceration treffen wir die heftigsten Magensymptome, welche sofort verschwinden, wenn die Incarceration gehoben worden ist. In diesen Fällen haben wir zweifellos mit Reflexerscheinungen zu thun, so liegt es demnach nahe, anzunehmen, dass andere Darmleiden ebenfalls zu ähnlichen Reflexvorgängen Anlass geben können. F a b e r hat auch in der That Patienten beobachtet, welche kürzere oder längere Zeit hindurch Darmsymptome, speciell Obstipation gezeigt hatten, ohne dass sie sich dadurch weiter belästigt fühlten; nach und nach traten verschiedene dyspeptische Störungen hinzu, welche sich zu heftiger Kardialgie, Blähungen und Erbrechen steigerten. Untersuchte man die Kranken in diesem Stadium, so fand man eine bedeutende Hyperacidität. F a b e r ist geneigt, diese Hyperacidität als reflectorischer Natur aufzufassen. Viel klarer als in obigen Fällen tritt die Wirkung des Darmzustandes auf die Magenfunctionen bei Helminthiasis zutage. Bei dieser Krankheit trifft man häufig eine ganze Reihe von sogenannten Magensymptomen, Kardialgie, Blähungen, Aufstossen u. s. w. und speciell häufig das nagende Hungergefühl vor den Mahlzeiten, welches allgemein als charakteristisch für die Hyperacidität angegeben wird. Von elf Fällen, welche Faber daraufhin genau untersuchte, hatten fünf Hyperchlorhydrie, dagegen war bei den sechs anderen die Magenacidität normal. Die meisten Patienten hatten verschiedene dyspeptische Symptome, wie Schmerzen im Epigastrium, Kardialgie, Blähungen, häufiges Erbrechen, sowie die erwähnten Hungerempfindungen. Diese subjectiven Symptome standen mit der Hyperacidität in keiner Beziehung und konnten stark ausgeprägt sein bei normaler Reaction des Magensaftes. Nach der Abtreibung des Wurmes verschwanden die Beschwerden sofort und die Hyperacidität machte einer normalen Reaction des Magensaftes Platz. Schwieriger zu beurtheilen als die Fälle von Hypersecretion sind die Fälle, bei welchen eine herabgesetzte oder unterbrochene Säuresecretion, ein Achylia gastrica, mit Darmerscheinungen combinirt sind. Bekanntlich leiden Patienten mit Achylia gastrica sehr häu-

fig an Diarrhöe, Enteritis membranacea u. dgl. und es unterliegt kaum einem Zweifel, dass die Diarrhöe gewöhnlich eine directe Folge der Achylie ist, aber es ist die Frage, ob eine Achylie nicht in einigen Fällen umgekehrt eine Folge einer Enteritis sein kann. Faber hat einige Fälle von Enteritis auf Grund von Fremdkörpern im Kolon und anderen zusammengefilzten Fischgräten beobachtet, bei welchen eine starke Herabsetzung der Magensaftsecretion vorhanden war, welche mit der Entfernung des Fremdkörpers und der Heilung der Enteritis schwand. In anderen Fällen aber scheint die im Anschluss an eine Darmaffection aufgetretene Achylie oder Hypochylie auf eine anatomische Veränderung der Magenschleimhaut zurückgeführt werden zu müssen, da dieselbe nach Heilung der Darmerkrankung fortbesteht. — (Nord. Arkiv: Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Nebennierenextract und Adrenalin in der inneren Medicin. Von Prof. A. L. Benedict. Benedict hat das Adrenalin in gewissen Fällen als vasomotorisches Reizmittel bewährt gefunden, sowohl bei allgemeiner Erschlaffung des Gefässsystems, die mit Obstipation, Dyspepsie und Gastroptose verbunden ist, als auch bei chronischer Herzkrankheit. Er gibt es in 1%iger wässeriger Lösung tropfenweise, so dass nur etwa 0·00025 zur Zeit genommen wird. Die Wirkung zeigt sich nach einiger Zeit in dem Kräftigerwerden des Pulses. Wenn sich der Puls jedoch hart anfühlt, was nach etwa 14 Tagen der Fall ist, so soll das Mittel für eine oder zwei Wochen wieder ausgesetzt werden. Aus theoretischer Ueberlegung gibt er das Adrenalin erst einige Stunden nach der Mahlzeit, damit die gefässverengende Wirkung die Verdauung nicht beeinträchtigen soll; er räumt jedoch ein, dass er bei einem Abweichen von dieser Regel auch keinen Nachtheil erfahren hat. In einem Falle von wiederholter starker Magenblutung brachte das Adrenalin sofort guten Erfolg. — (Therap. Monatsh.)

Ueber einige Störungen der Herzfunction, welche nicht durch organische Erkrankungen bedingt sind. Von Prof. Rumpf. Die Ursache für Herzstörungen liegt öfter in einem Wanderherz. Rumpf bringt als Beleg hiefür folgende Krankengeschichte. Ein 30jähriger Brauer hatte durch eine Entfettungscur 86 Pfund verloren. Darauf stellten sich Athemnoth und Beklemmungen ein, sobald Patient eine Seitenlage einnahm. Untersuchungen ergaben, dass das Herz bei linker Seitenlage um 6—6½ cm nach links, bei rechter Seitenlage an den linken Sternal-

rand wanderte, so dass die Stelle des Spitzenstoses bei Wechsel der Seitenlage einen Weg von 13 cm zurücklegte. Nachdem Patient sein früheres Gewicht erlangte, hörten auch die Herzbeschwerden wieder auf. R u m p f glaubt, dass das Zwerchfell infolge Schwundes des Fettes der Bauchhöhle derart erschlaffte, dass es sich bei Seitenlage verschob und dabei das auf ihm ruhende Herz mitnahm. Weiters kommen Herzstörungen infolge Gasanhäufung im Magen, Emportreibung des Zwerchfelles, reflectorisch bei schmerzhafter Darmperistaltik, Erregung der Sexualorgane, bei Masturbanten vor und schliesslich auch infolge unzweckmässiger Lebensweise, Mangel an körperlichen Bewegung, reicher Nahrungszufuhr und Missbrauches toxischer Substanzen. Hieher gehören übermässiger Genuss von Kaffee, Thee, das Rauchen, die harnsaure Diathese, bei welcher wieder der Alkohol eine Hauptrolle spielt. Bei der Stellung der Diagnose einer functionellen Herzstörung ist jedoch zu beachten, dass organische Erkrankungen im Beginne sich vielfach mit functionellen Herzstörungen vergesellschaftlichen. — (Deutsche med. Wochenschr.; Wr. klin. Wochenschr.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Lactanin, Bismuth. bilactomonotannic., ist ein gelbes, in Wasser unlösliches, geruch- und geschmackloses Pulver, das bei Diarrhöen der Säuglinge, acutischer und chronischer Enteritis, tuberculöser Darmentzündung sich bestens bewährt hat. Verabreicht wird es am besten mit Sirup. gummosus in folgender Formel: Lactanin 2—3·0. Sirup. gum. 40·0 D. S. Täglich 3—5 Theelöffel voll. — (Ph. P.)

Arvenol ist eine Lösung von Menthol, Thymol und Kampher in Aether, die von Apotheker C. S u p p e s als Schnupfenmittel in Verkehr gebracht wird. Zum Gebrauche tropft man 20 Tropfen der Flüssigkeit auf Watte und athmet durch die Nase ein, zu welchem Zwecke ein Glasgefäss (Arvenol-Oliven) mit Nasen-Ansatzrohr beigegeben wird. — (Ph. P.)

Aurin ist Chinolinwismuthrhodanat, das mit 25% Amylum versetzt ist. Aurin pro injectione (ohne Stärkezusatz) wird gegen Gonorrhöe zu Injectionen von E d i n g e r nach folgender Vorschrift empfohlen: Aurin 1, Glycerin., Aq. dest. aa 5 werden fein verrieben und Aq. dest. q. s. ad 200 zugesetzt. — (Ph. P.)

Zur Anregung des Geschlechtstriebes wird verschrieben:

1. Rp. Cornutin. citric. 0·15
Argill. alb. 7·0
Mucil. gumm. tragacanth. q. sat.
ut f. pilul. Nr. X. D. S. Zweimal täglich eine Pille zu nehmen.

2. Rp. Mentholi 0·1
Extr. cimicifug. fluid. ad 25·0
D. S. Dreimal täglich 20 Tropfen.

3. Rp. Aur. chlorat. 0·5
Aq. destill. ad 20·0
Dtr. ad vitr. nigr.
D. S. Dreimal täglich 20 Tropfen, bis auf dreimal täglich 50 Tropfen zu steigen.

4. Rp. Extr. fluid. staphysagriae 7·5
Extr. damian. 30·0
Aq. destill. ad 150·0
D. S. Dreimal täglich ein Esslöffel voll zu nehmen.

5. Rp. Caryophyll. } Croc. orient. } Zingiberis } āā 4·0
Moschi } Ambr. gris. } āā 0·4
M. f. p. Div. in dos. aeq. Nr. XII. D. S. Früh und Abends ein Pulver zu nehmen.

6. Rp. Extr. fluid. muir. puam. 15·0
D. S. Dreimal täglich 20 Tropfen.

7. Rp. Strychnin. nitr. } Phosphori } āā 0·015
Extr. cannab. indic. 0·12
Limatur. ferr. 2·0
Rad. rhei chin. 0·4
Extr. quassiae q. sat.
ut f. pil. Nr. XXX. D. S. Dreimal täglich eine Pille vor dem Essen zu nehmen.

8. Rp. Johimbini 0·005
Sacchari 0·90
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XII. D. S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

9. Rp. Zinc. phosphoric. } Extr. nuc. vomic. } āā 0·3
Extr. quass. } Extr. liquirit. } āā q. sat.
ut f. pilul. Nr. XX. D. S. Drei Pillen täglich zu nehmen.

10. Rp. Rad. panac. ginseng. 1·0
Fruct. vanill. 2·0
Tinct. ambr. gtt. I
Sacchari 30·0
Mucil. gumm. arab. q. sat.
ut f. pastill. Nr. LX. D. S. Dreimal täglich 2—3 Pastillen zu nehmen.

Zu Leberthranklystieren:

Rp. Pankreatini 5·0
Fel. taur. inspiss. 0·5
Natr. chlorat. 1·5
Solve in aquae 50·0
Digere per horas duas cum ♃
Ol. jecor. aselli 250·0
Adde ol. eucalypt. gtt. III
D. S. Zum Klysma.

Gegen die lancinirenden Schmerzen der Tabiker:

1. Rp. Dionini 0·03
Pyramidoni 0·50
M. f. p. Dtr tal. dos. Nr. X. D. S. Bei Schmerzen ein Pulver zu nehmen.

2. Rp. Triphenini 0·8
Coffeïn. natriobenzoic. 0·2
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X. ad caps. amyl. D. S. Bei Schmerzen dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Prof. Dr. J. Pal stellt zwei Kranke vor, welche an alkoholischer Lebercirrhose leiden und an welchen über seine Veranlassung Primararzt Docent Dr. Rud. Frank die operative Behandlung des Ascites nach Talma mit vorzüglichem Erfolge ausgeführt hat.

Der erste Fall betrifft einen 48jährigen Aufseher, der seit seinem 20. Jahre Potator war. Derselbe wurde am 15. Januar 1901 in Nirvaninanästhesie operirt, und zwar wurde die Annähung des Netzes an die vordere Bauchwand vorgenommen. Die Wunde heilte per primam.

Der Kranke wurde am 12. Februar aus der Spitalspflege entlassen.

Kurz nachher stellten sich Hämatemesis und schwere nervöse Anfälle von epileptischem Charakter ein, auch Erscheinungen halbseitiger Parese. Die Anfälle blieben auf Brombehandlung aus, der Patient erholte sich rasch und nahm an Körpergewicht beträchtlich zu. Bezüglich der nervösen Erscheinungen ist hervorzuheben, dass solche in analogen Fällen wiederholt beobachtet wurden und als Autointoxication gedeutet werden.

Der zweite Patient ist ein 47jähriger Fassbindergehilfe, der schon seit Jahren an Lebercirrhose leidet und wegen seines Ascites mehrmals punctirt wurde. Die Operation wurde in diesem Falle am 12. November 1901 in gleicher Weise, wie im ersten, vorgenommen und der Kranke am 2. December 1901 entlassen. Auch hier kehrte der Ascites nicht wieder. Dieser Patient hat sich seither des Alkoholgenusses vollständig enthalten, während der erstere sich auf ein Glas Bier beschränkt.

Der Eingriff ist 1888 zum ersten Male von Talma vorgeschlagen worden. Den ersten Erfolg sah Talma jedoch erst in einem Falle, den v. Eiselsberg 1896, und den Narath ein zweites Mal im selben Jahre operirte. In der Zwischenzeit hatten Dav. Drumond und Rutherford Morison einen analogen Eingriff mit Erfolg ausgeführt.

Mit Hinblick auf die heutige Demonstration hat Vortragender in einer Tabelle die bisher publicirten Fälle zusammengestellt und legt dieselbe vor.

Es sind gegenwärtig mehr als 60 Fälle mit etwa zwei Fünftel günstigen Resultaten operirt worden.

Die Zahl seiner Fälle, in welchen Primarius Dr. Frank die Operation ausführte, beträgt sieben. Zwei von denen sind seither gestorben, doch nicht etwa im Anschlusse an den Eingriff. Der eine von diesen beiden war ein ungünstiger Fall von jugendlicher Cirrhose mit Ikterus, der im Koma an Pneumonie starb, der zweite — eine 52jährige Frau — erholte sich nach der Operation sichtlich, allein der Ascites kehrte wieder und die Patientin starb ein Jahr nach dem Eingriff an Kachexie.

In den restlichen drei Fällen stellte sich der Ascites wieder ein. Zwei von diesen sind gegenwärtig wieder in Spitalsbehandlung.

Prof. v. Eiselsberg hat in mehreren Fällen die Talma'sche Operation in Königsberg angeführt, und verweist auf eine am Chirurgencongresse dieses Jahres von seinem Königsberger Assistenten Dr. Bunge vorzutragende Arbeit.

Mehrere Male erwies sich das einfache Einnähen eines Netzzipfels als ungenügend, so dass in einem zweiten Acte noch die Milz eingenäht werden musste.

Trotzdem waren noch verschiedene Punctionen nöthig, bis sich ein erfolgreiches Caput medusae entwickelt hatte.

Primararzt Docent Dr. R. Frank: Die sämmtlichen Operationen wurden, da die Herzbefunde schlecht waren, ohne Narkose unter Schleich ausgeführt. Da die Erfahrung lehrte, dass der Ascites durch die Laparotomiewunde nur sehr schwer entleerbar ist, so wurde meist der Ascites durch Punction vorher entleert.

In den meisten Fällen zeigte sich das Netz knollig geschrumpft, atrophisch, manchmal zu einem schmalen Bande am Kolon zusammengezogen.

Unter starker Eversion des Peritoneums wurde nun im ganzen Bereiche des Schnittes eine möglichst grosse Flächenbefestigung des Netzes, mehrmals auch des Kolons an das Peritoneum ausgeführt. Nur in zwei Fällen wurde ein Netzpfropf intermusculär vorgezogen und angenäht.

Da der Zweck der Operation Schaffung von Anastomosen ist, so dürfte der Erfolg der Operation von der Ausbildung der Gefässe in dem fixirten Netze abhängig sein, der Misserfolg bei gefässarmer Beschaffenheit des angenähten Netzes in diesem Umstande begründet sein.

Schlechte Beschaffenheit des Netzes kann die an sich einfache Operation, besonders bei localer Anästhesie, bedeutend erschweren. -- (Wien. klin. Wochenschr.)

Bücher-Anzeigen.

Atlas und Grundriss der Psychiatrie. Von Dr. Wilhelm Weigandt, Privatdocent der Psychiatrie an der Universität Würzburg. Mit 24 farbigen Tafeln und über 200 Textabbildungen. München 1902. J. F. Lehmann's Verlag.

Das Bild ist nur ein dürftiger Ersatz für den Gegenstand, aber besser als jede Beschreibung, mag sie noch so vorzüglich sein, ist eine gute Abbildung. Es ist sehr zweckmässig, dass man das Gebiet der bildlichen Darstellungen erweitert, und der Versuch des Verfassers, die psychiatrischen Krankheitstypen dem Verständniss des Studirenden durch Abbildungen näher zu bringen, muss als vollkommen gelungen bezeichnet werden. Die Typen der einzelnen Krankheiten sind vorzüglich gewählt, sie werden sich gewiss dem Gedächtnisse des Lesers einprägen. In der Auffassung der Geisteskrankheiten schloss sich Vf. den Anschauungen seines Lehrers Kraepelin an; die Darstellung ist eine knappe, alles Ueberflüssige vermeidende, das Wesentliche ist mit Schärfe hervorgehoben. Der Grundriss, welcher von der Verlagshandlung glänzend ausgestattet ist, sei Aerzten und Studirenden bestens empfohlen.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.



Ueber Diabetes mellitus.

Von Dr. Th. Robert Offer.

(Schluss.)

Wir müssen, so mangelhaft auch die Belege hiefür sind, den gestörten Kohlehydratstoffwechsel des Diabetikers, und insbesondere sein Unvermögen, die Kohlehydrate zu verbrennen, in Zusammenhang mit der bei Diabetes auftretenden Acetonurie bringen.

Aus der Acetonurie prognostische und diagnostische Schlüsse zu ziehen, hat sich trotz der schwankenden Theorien über die Bildung aufrecht erhalten. Inwieweit dem Aceton und den übrigen Körpern diagnostische und prognostische Bedeutung zukommt, wird weiter unten besprochen werden.

Keinesfalls kann ich nach meinen eigenen Erfahrungen der Ansicht Pavy's beistimmen, dass die von Acetonurie begleitete Glykosurie als eine für die Therapie besondere Gruppe von Diabetes betrachtet werde.

In manchen Fällen, in welchen Aceton im Harne vor Beobachtung einer kohlehydratfreien Diät nicht vorhanden war, tritt bei Entziehung der Kohlehydrate aus der Nahrung Aceton, eventuell Acetessigsäure auf.

Wir werden in Anbetracht der feststehenden Thatsache, dass diese Körper auch bei vollkommen Gesunden im Harne erscheinen, wenn man sie auf absolute Eiweiss-Fettdiät setzt, eine derartige Acetonurie als nutritiven Ursprunges nicht als eine den Diabetes erschwerende Complication ansehen dürfen, sondern uns vielmehr vor Augen halten, dass dieselbe wieder verschwindet, wenn Kohlehydrate und Eiweiss, resp. Fett, gleichzeitig verbrannt werden. Aus dem Ausfalle der Verbrennung der Kohlehydrate kann man auch die in jenen Fällen von Diabetes auftretende Acetonurie erklären, in welchen trotz der Zufuhr von Kohlehydraten neben Fett und Eiweiss Aceton, resp. Acetessigsäure und Oxybuttersäure im Harne nachgewiesen werden. Gerade in vielen, mit reichlicher Acetonurie und Diaceturie verbundenen derartigen Diabetesfällen beobachtet man eine bedeutende Abnahme der Ausscheidung

von Acetonkörpern, sobald man eine kohlehydratfreie Diät anordnet.

Wollte man diese nicht seltene Erscheinung erklären, bin ich der Ansicht, dass folgende Anschauung die zutreffende sein dürfte.

Trotz der Kohlehydratzufuhr wurde wegen der Unfähigkeit des Organismus, Zucker zu assimiliren, dieser nicht verbrannt, und es wurden jene Verhältnisse gesetzt, bei welchen auch bei normalen Individuen Acetonurie auftritt. Durch die Entziehung der Kohlehydrate stieg das Vermögen, Zucker zu verbrennen, der früher bestandene vollständige Ausfall der Assimilation auch des im Organismus aus anderen Nahrungsmitteln entstandenen Zuckers wurde behoben und dadurch die Acetonausscheidung den normalen Verhältnissen näher gerückt.

Mit diesen Ausführungen will ich nicht behaupten, dass das Auftreten von Acetonkörpern unbeachtet bleiben darf. Aber die Scheu, bei gleichzeitiger Acetonurie die Kohlehydrate vollständig zu entziehen und Eiweiss-Fettdiät anzuordnen, geht manchmal so weit, dass viele Aerzte davor zurückschrecken, in solchen Fällen die angezeigte Diät vorzuschreiben. Es ist eben eine strenge Individualisirung werthvoller, als von allgemeinen Grundsätzen sich leiten zu lassen. Auf die Schädlichkeiten der Acetonurie und auf die Gefahren derselben, wie diesen rechtzeitig begegnet werden kann, werde ich später zurückkommen.

Die Combination von Glykosurie und Acetonurie ist, wie gesagt, für die Schwere des Falles nicht immer massgebend. Aus praktischen Gründen halte ich die von v. Noorden festgesetzte Zutheilung jener Fälle, wo trotz fortgesetzter, möglichst kohlehydratfreier Diät der Harn zuckerhältig bleibt, in die Gruppe der schweren Formen der Glykosurie, für wichtiger. Diese Fälle kommen hauptsächlich im jugendlichen Alter und vor dem 40. Lebensjahre vor.

Für das Princip der diätetischen Behandlung, die Entziehung der Kohlehydrate, fällt auch diese Form des Diabetes nicht weg. Es wäre sehr gefehlt, wegen der Aussichtslosigkeit auf Erfolg der einzigen rationellen Therapie aus dem Wege zu gehen.

Auf Grund der Eintheilung der verschiedenen Formen von Diabetes nach der Grösse der gestörten Assimilation baut sich die Dauer der „strengen Diät“ auf. Dafür allgemein giltige Regeln aufzustellen, ist nicht möglich, weil, wie die Erfahrung lehrt, es

in jedem Falle verschieden lang dauert, bis man den Zucker vollständig aus dem Harne zum Verschwinden gebracht hat.

Bei den leichtesten Fällen, bei welchen die Toleranz 180 g Weissbrot und mehr beträgt, genügen gewöhnlich wenige Tage Abstinenz, während bei einer Toleranz zwischen 80 und 180 g Weissbrot eine 8—14tägige Cur mit strenger Diät nothwendig ist.

Die mittelschweren Formen, deren Toleranz geringer als 80 g Weissbrot ist, und welche erst bei vollständiger Entziehung der Kohlehydrate zuckerfrei werden, beanspruchen eine 4—6wöchentliche Einhaltung der strengen Diät.

Ist der Harn längere Zeit zuckerfrei geblieben, kommt die Bestimmung der zu gestattenden Kohlehydratmengen an die Reihe.

Betrug die Toleranz vor der strengen Diät mehr als 180 g Weissbrot, genügt eine Herabsetzung der Kohlehydrate um 20 bis 30 g, um den Patienten zuckerfrei zu erhalten. Bei jenen Fällen, welche eine Toleranz zwischen 180 und 80 g Weissbrot hatten, beschränkt man die Kohlehydrate auf circa drei Viertel der vorher ermittelten Toleranz. Diese Beschränkung der Kohlehydrate lassen sich die meisten Kranken in der Voraussicht, dass sie dabei von ihrem Leiden unbehelligt bleiben, gerne gefallen, denn das nothwendigste Quantum an kohlehydrathältigen Speisen, um die Kost abwechslungsreich zu gestalten, ist ihnen geblieben. Wenn sie für die erlaubte Menge Weissbrot oder nur für einen Theil derselben eine entsprechende Menge anderer Speisen auf den Tisch bekommen, bleibt ihnen die Möglichkeit, ihre culinarischen Gelüste zu befriedigen.

Weit schwerer ist es bei jenen Formen, deren Toleranz eine so geringe ist, dass sie, um zuckerfrei zu bleiben, mit ihrem Kohlehydratconsum noch tiefer herabgehen oder ganz auf kohlehydrathältige Speisen verzichten müssten.

Für diese Fälle muss man darauf verzichten, den idealen Zustand der Zuckerfreiheit für die Dauer zu erreichen. Nach vier- bis sechswöchentlicher strenger Diät muss man wieder darauf zurückkommen, dass eine geringe Menge von Kohlehydraten gestattet werden muss, wolle man nicht, dass der Patient wegen des Mangels an Brot u. dgl. lieber ganz aufs Essen verzichtet.

50 g Weissbrot genügen in den meisten Fällen, das Kohlehydratbedürfniss zu decken.

Als Quellen des Zuckers habe ich neben den Kohlehydraten die Eiweisskörper erwähnt und dabei darauf hingewiesen, dass zwischen Eiweissumsatz und Zuckerproduction, resp. -Ausscheidung, ein bestimmtes Verhältniss besteht.

Für die Therapie kommt die Frage wenig in Betracht, ob der im Eiweiss vorgebildete Kohlehydratcomplex oder die durch den Nahrungsreiz des Eiweiss (K o l i s c h) bedingte Loslösung des Zuckers aus seinen festeren Verbindungen, durch welch letztere normalerweise der Durchtritt des Zuckers in den Harn gehindert wird, die Ursache sind, dass erst eine Einschränkung der Eiweisszufuhr die Zuckerausscheidung herabsetzt.

Die praktische Erfahrung lehrt, dass in vielen jener Fälle, bei denen eine selbst mehrwöchentliche „strenge Diät" nicht im Stande ist, die Glykosurie zum Schwinden zu bringen, eine weitgehende Beschränkung des Eiweisses schon innerhalb weniger Tage die Zuckerausscheidung behebt.

Verschiedene Kliniker haben die Erfahrung, ohne viel nach der theoretischen Begründung zu suchen, zur Grundlage der Verschärfung der „strengen Diät" genommen.

Die Hungertage B o u c h a r d a t 's, N a u n y n 's, die Gemüsetage v. N o o r d e n 's sind nichts Anderes, als die Verwerthung der Beobachtung, dass eine weitgehende Einschränkung der Eiweisszufuhr, speciell des animalischen Eiweisses, günstig auf die Zuckerausscheidung einwirke.

Bei den leichten Fällen können wir auf eine besondere Rücksichtnahme auf die Eiweisszufuhr füglich verzichten, denn die Verminderung der Kohlehydrate genügt, die Zuckerausscheidung zu beheben. In den schweren Fällen, wo es selbst bei längerer Abstinenz nicht möglich ist, Zuckerfreiheit zu erzielen, wird die Grösse der Eiweisszufuhr aus den vorerwähnten Gründen die Aufmerksamkeit des Arztes auf sich lenken müssen. Die Forderung L e n n é 's, dass die täglichen Eiweissmengen ein bestimmtes Mass (1·2 g per Kilogramm Körpergewicht) nicht überschreiten sollen, wird aus praktischen Gründen unerfüllbar sein. Auch die von K o l i s c h so warm empfohlene vegetarianische Diät wird aus denselben Gründen für die Dauer undurchführbar. Es geht doch nicht an, einem Kranken in jeder Beziehung Einschränkungen aufzuerlegen, indem man Entbehrung auf Entbehrung häuft, was doch sein müsste, wenn man den Anforderungen genügen will, die sowohl L e n n é, als K o l i s c h stellen. Man kann doch Niemand

zumuthen, seinen Kohlehydratconsum einzuschränken und überdies unter die übliche Grösse der täglichen Eiweissmenge für die Dauer herunterzugehen.

Hingegen bereitet es keine wesentlichen Schwierigkeiten, für wenige Tage (1—2) das Eiweiss in ausgiebigem Masse zu beschränken und so den Eiweissumsatz herabzudrücken (Lenné) oder den Nahrungsreiz (Kolisch) zu mindern. Der einzelne Fall muss lehren, ob eine blosse Herabsetzung der Eiweisszufuhr, oder eine bis zur Hungercur (Naunyn), resp. Gemüsetagen (v. Noorden), fortschreitende Entziehung des Fleisches nothwendig ist, die mit der Eiweissnahrung verbundene, auch bei „strenger Diät" anhaltende Glykosurie zum Verschwinden zu bringen.

Jedenfalls hat die Erfahrung gelehrt, dass nach solchen verschärften Tagen die Zuckerausscheidung eine oft beträchtlich geringere ist, als unmittelbar vorher, wenn man auch auf die ursprüngliche „strenge Diät" zurückkehrt.

In dieselbe Kategorie der herabgesetzten Nahrungszufuhr ist die neuerdings von Winternitz und Strasser empfohlene Milchcur einzureihen. Die Acten über den Werth derselben sind noch nicht geschlossen; es hat vielmehr den Anschein, dass nur sehr vereinzelte Fälle günstig auf eine solche, unter Ausschluss jeder anderen Kost angerathene Milchcur reagiren.

Ich habe in mehreren Fällen eine derartige Cur versucht, bin jedoch zu dem Schlusse gelangt, dass im Verlaufe der absoluten Milchdiät, auch dann, wenn ich statt Milch Kefir, in dem der Milchzucker zum grössten Theile vergohren ist, nehmen liess, oder in den 2—3 darauffolgenden Tagen eine beträchtliche Vermehrung der Zuckerausscheidung beobachtet wird. In einem Falle wurden bei strenger Diät in 24 Stunden 35·25 g Zucker ausgeschieden; nach einer zweitägigen Kefircur stieg am nächsten Tage bei gleicher Diät, wie vorher, die Zuckerausscheidung auf 68 g an.

Kolisch ist der Ansicht, dass die von Winternitz und Strasser beobachtete günstige Beeinflussung des Diabetes durch reine Milchdiät aus folgenden Momenten erklärt werden könne:

Erstens stellt die Milchdiät ein Regime dar, bei welchem sich der Mensch im Zustande relativer Unterernährung befindet, und zweitens stellt sie eine Diät dar, welche sich durch ihre besondere Reizlosigkeit auszeichnet.

Zweifellos wird in manchen Fällen auch auf diese Cur eine wesentliche Besserung zu erzielen sein, aber für eine Dauerbehandlung wird sie sich ebensowenig bewähren, wie die vorerwähnte Beschränkung der Eiweisszufuhr oder die vegetarianische Diät von Kolisch.

Ob man nicht etwa durch eine kurze Zeit mit dem Milchregime einen günstigen Erfolg erzielen kann, dies ist eine Frage, die nicht allgemein beantwortet werden kann, sondern die in jedem einzelnen Falle besonders entschieden werden muss.

Bisher habe ich jene therapeutischen Massregeln behandelt, welche gegen das Hauptsymptom des Diabetes, die Glykosurie, in Anwendung zu bringen sind.

Die Therapie sucht immer von Neuem ein Heilmittel, ein Medicament, ausfindig zu machen, durch welches es gelingen soll, die in ihrem ätiologischen Ursprunge immer noch unklare Krankheit erfolgreich zu bekämpfen. Soweit wir auch auf diese Versuche, deren Zahl ins Unendliche wächst, zurückblicken, es wurde kein Arzneimittel gefunden, welches die Energie der gestörten Zuckerassimilation hebt.

Die günstigen Erfolge, die den zahlreichen im Handel befindlichen Diabetesspecificis, wie Glykosolvol, Antimellin, Djoeat etc. zugeschrieben werden, sind bei genauer Prüfung der zu dem Zwecke angestellten Versuche nichts Anderes, als die Wirkung der gleichzeitig auferlegten strengen Diät.

Eine gewisse Beeinflussung des Zuckerstoffwechsels bei Diabetes kann man einigen Medicamenten nicht absprechen. Es sind dies aber keine der Gruppe der Geheimmittel angehörende.

Das älteste Medicament, welches als Mittel zur Herabsetzung der Zuckerausscheidung anerkannt wurde, ist das Opium. v. Mering und Saundby haben neuerdings die Aufmerksamkeit auf die zuckervermindernde Eigenschaft des Opiums gelenkt. Alle Jene, welche an einem grösseren Krankenmateriale die Wirksamkeit erprobt haben, wie Naunyn, v. Mering, v. Noorden, stimmen darin überein, dass das Opium in Fällen, wo die Kohlehydrate entzogen sind und die Glykosurie ausschliesslich auf Kosten des Eiweises erfolgt, die Zuckerausscheidung noch weiter herabsetzt.

Als dauerndes oder für längere Zeit anwendbares Medicament ist das Opium schon deshalb ungeeignet, weil kleine Dosen wenig

wirksam sind und grössere Gaben den Gesammtorganismus schädigen und die Ernährung erschweren.

Werthvoller, schon wegen der relativen Unschädlichkeit, sind die Salicylsäurepräparate. Ebstein sah beträchtliche Herabsetzung der Zuckerausscheidung und nachträgliche Hebung der Toleranz bei Gaben von Salicylsäure, u. zw. 4mal täglich 1 g Salicylsäure an fünf aufeinanderfolgenden Tagen. Nicolaier hat später auf das Salol, als ein Präparat hingewiesen, welches die unangenehmen Nebenerscheinungen, wie Ohrensausen, Herzklopfen, seltener und weniger intensiv im Gefolge hat.

Ja sogar einen durch Salolbehandlung geheilten Fall weist die Literatur auf (Zaundy). Die günstigen Berichte über den zuckermildernden Einfluss des Salols haben auch mich veranlasst, bei einer Reihe von Fällen dasselbe anzuwenden. Ich kann nur die Erfahrungen Anderer bestätigen.

Vor gewissen Täuschungen will ich noch warnen, die leicht zu Irrthum führen können. Bei Bestimmung des Zuckers nach der allgemein üblichen Methode der Polarisation weist der zu untersuchende Harn keine Drehung der Polarisationsebene nach rechts auf. Eine gleichzeitige Bestimmung nach einer anderen Methode, u. zw. nach Allihn, kann zur selben Zeit noch bestimmbare Mengen aufweisen. So fand ich in einem Falle nur 1·64 g durch Polarisation bestimmt, während die Allihnbestimmung 10·08 g ergab. Diese Differenz kann nur in einer Verdeckung des rechtsdrehenden Zuckers durch eine, die Polarisationsebene nach links drehende Substanz bewirkt sein. In der That zeigte der Harn nach Vergährung des Zuckers durch Hefe eine Linksdrehung von — 0·5, wodurch der Unterschied in beiden Bestimmungen geklärt war.

Auch Teschemacher hat diese bei Saloldarreichung auftretende Linksdrehung beschrieben.

Diese linksdrehende Substanz ist offenbar eine der Glykuronsäuren (Phenylglykuronsäure), welche mit dem Abbau des Zuckers im Thierkörper im Zusammenhang stehen (P. Mayer). Dies wird noch wahrscheinlicher, als die Ausscheidung dieser Substanzen mit dem längeren Gebrauche des Salols abnimmt und so ein Zwischenstadium bildet zwischen dem Nichtassimilirtwerden des Zuckers und der vollständigen Verbrennung.

Ob nun Salicylsäure (Ebstein) oder Aspirin (v. Noorden), oder Salol, immer ist ein Absinken der Zuckerausscheidung und eine Besserung des Zuckerstoffwechsels erzielt worden.

Ich erachte daher die Salicylpräparate und nach meiner persönlichen Erfahrung das Salol im Besonderen als ein wesentliches Unterstützungsmittel zur Herabsetzung der Glykosurie.

Dabei muss ich wieder betonen, dass die Regelung der Diät, die Einführung des kohlehydratfreien Regimes eine Voraussetzung ist, ohne welche selbst die wirksamsten Präparate unwirksam werden. Deshalb verwende ich das Salol in jenen Fällen mit gutem Erfolge, in welchen entweder eine lang andauernde „strenge Diät" nicht zu dem gewünschten Ziele führt, oder wo ich eine möglichst rasche Herabsetzung der Glykosurie, wie speciell vor und während nothwendiger Operationen, anstrebe. Bevor ich das Salol verwende, setze ich den Kranken schon mehrere Tage füher auf kohlehydratfreie Kost; hierauf lasse ich an vier aufeinanderfolgenden Tagen 4mal täglich 1 g Salol nehmen; pausire dann einen Tag und wiederhole die Gabe an den nächsten vier Tagen. Während der ganzen Zeit bleibt die „strenge Diät" aufrecht erhalten. Schon am vierten oder fünften Tage ist der Harn zuckerfrei.

Eine Besserung der Toleranz durch gleichzeitige kohlehydrathältige Diät und Salol habe ich bisher jedoch noch nicht gesehen, obgleich v. Noorden bei Aspirin eine Besserung der Toleranz von 30—60 g Weissbrot in solchen Fällen beobachtet hat.

Noch eine Drogue, auf deren Wirksamkeit einige der Reclamecuren aufgebaut sind, wäre zu erwähnen. Es ist dies das Syzigium Jambulanum. Ich hatte bei v. Noorden Gelegenheit, mich zu überzeugen, dass ein Infus dieser Drogue thatsächlich die Glykosurie herabsetzt, vorausgesetzt, dass, wie bei allen anderen Präparaten, die Kohlehydrate gleichzeitig entzogen werden.

Viel Worte über die zahllosen Geheimmittel, wie Antimellin, Djoeatin, Glykosolvol, Musol, ferner über die Uranpräparate (vin uré) zu verlieren, hiesse dem Schwindel Ehren erweisen. Alle Jene, welche Gelegenheit hatten, die Wirksamkeit zu prüfen, stimmen überein, dass es immer nur die Diät ist, um welche das Mäntelchen des Geheimnissvollen geworfen wird, von dem das Laienpublicum immer wieder angezogen wird.

Als ein wirksames Mittel gegen den Diabetes wird eine Trinkcur eines jener Wässer erachtet, die von Alters her als specifische Heilmittel für diese Krankheit erachtet werden. Vor Allem sind es die alkalisch-sulphatischen Wässer von Karlsbad, Marienbad und die einfach alkalischen von Neuenahr und Vichy.

Tausende trinken diese Wässer ein- oder zweimal im Jahre zu Hause, und fast alle Diabetiker pilgern in Schaaren nach Karlsbad, um hier mit dem Wasser ihr Leiden wegzuschwemmen.

Der feste Glaube an die Wirkung dieser Trinkcuren ist so unerschütterlich, die Behauptung, dass eine Cur hilft, so felsenfest, dass man sich sagen muss, wenn auch eine physiologische Erklärung nicht zu finden ist, ist es unsere Pflicht, dieses Mittel anzuwenden, insoferne nicht bestimmte Contraindicationen bestehen.

Alle darauf hinzielenden Versuche, worauf die Heilwirkung beruhe, ob es der Salzgehalt oder die Wärme, ob es die veränderte Lebensweise, das Fernbleiben von psychischen Alterationen sei, haben diese strittige Frage nicht entschieden; die Statistik über die Toleranz vor und nach einer Trinkcur (v. Noorden) zeigt, dass einige Male der Erfolg ausgezeichnet war, andere Male unbedeutend ausfiel, und mehrere Male sogar Verschlechterung sich einstellte.

Vergleicht man aber die Erfolge einer diätetischen Behandlung und die der Trinkcuren, wird die erstere den Vorzug davontragen.

Ich will nicht im offenen Widerspruche gegen die allgemeine Anschauung jeden Erfolg einer Trinkcur in Abrede stellen, doch glaube ich, dass in der Anordnung dieser Curen zuviel schematisirt wird und nicht die richtige Auswahl durch strenge Individualisirung getroffen wird.

Gewisse Fälle, u. zw. jene, welche mit Gicht, Fettleibigkeit oder leichten Circulationsstörungen complicirt sind, also Fälle leichteren Grades, werden sowohl hinsichtlich der Zuckerausscheidung, als ihres Allgemeinbefindens Karlsbad oder einen anderen Ort gebessert verlassen. Hingegen schwächliche Personen, vor Allem solche, welche an nervöser Erregbarkeit, Neurasthenie leiden, bleiben diesen Orten besser ferne.

Mit der Bekämpfung der Glykosurie und der Ursache derselben, der Hyperglykämie, wird zwar die Hauptgefahr für die zunehmende Schwächung des Gesammtorganismus beseitigt werden können. Nun hat die Störung im Zuckerstoffwechsel noch andere Complicationen im Gefolge.

Alle einzeln durchzugehen, würde zu weit führen.

Nur eine will ich herausgreifen, weil sie im engen Zusammenhange mit dem Wesen der Krankheit steht und von der gestörten Assimilation bedingt ist.

Es ist die schon erwähnte Acetonurie.

Das Wesen und die Entstehung der Acetonkörper wurde schon früher erörtert; es erübrigt noch den Einfluss derselben auf den Organismus zu besprechen.

Wir müssen zwei Extreme betreffs der Acetonurie unterscheiden, welche für die Prognose von Bedeutung sind.

Die erste umfasst jene Fälle, welche bei mässiger Kohlehydratzufuhr zwar Zucker ausscheiden, jedoch kein Aceton; hingegen bei Entziehung der Kohlehydrate mit Acetonurie, oft auch Diaceturie reagiren.

Zur zweiten Gruppe sind solche Fälle zuzurechnen, welche, ob nun Kohlehydrate zugeführt oder entzogen werden, immer Aceton, selbst Diacetsäure und Oxybuttersäure, im Harne ausscheiden.

Die zur ersten Gruppe gehörenden Fälle geben wegen der physiologisch leicht erklärlichen Erscheinung keine Veranlassung, aus dem Auftreten der Acetonurie auf eine Gefahr für den Gesammtorganismus zu schliessen, denn es liegt in unserer Macht, die Anhäufung der Acetonkörper in dem Momente zu verhindern, als wir Kohlehydrate wieder zuführen. Anders bei einer Acetonurie bei kohlehydrathältiger Kost.

Das Auftreten von Aceton, vor Allem von Diacetsäure und Oxybuttersäure, ist der Ausdruck eines Unvermögens der Kohlehydratassimilation. Je mehr und je länger diese den Säuren zugehörenden Körper im Blute circuliren, umso grösser wird die Gefahr einer Säurevergiftung, der Acidosis.

Diese Säuren haben das Bestreben, sich im Blutkreislaufe zu neutralisiren. Sie vereinigen sich mit dem Ammoniak und werden als Ammoniaksalze im Harne ausgeschieden. Eine Steigerung der Ammoniakausscheidung ist daher das sichere Zeichen, dass die Gewebe und das Blut von einem Körper umspült werden, der einen Ueberschuss an Säure bedingt. Wenn daher nicht durch geeignete Medication der Acidosis entgegengearbeitet wird, verfallen diese Fälle früher oder später dem tödtlich endenden Koma. Gerhard und Schlesinger haben mit Recht auf das Natrium bicarbonicum als jenes Mittel hingewiesen, welches einer zunehmenden Acidosis durch Zufuhr leicht neutralisirender Alkalien entgegenarbeitet.

Dosen von mehreren Kaffeelöffeln im Tage, ungefähr eine halbe Stunde nach der Mahlzeit, verringern die Ammoniakaus-

scheidung. Wir werden daher in jenen Fällen, in welchen reichlich Acetonkörper bei gleichzeitiger Kohlehydratzufuhr im Harne sind und die tägliche Ammoniakmenge mehr als 1·0 g beträgt, zu diesem, die Acidosis bekämpfenden Mittel greifen.

Wenn aus irgend einem Grunde, sei es eine unverhältnissmässig grosse Bildung von Acetonkörpern, sei es eine ungenügende Zufuhr von Alkali, die Acidosis immer mehr zunimmt, können Erscheinungen auftreten, die man Koma diabeticum nennt und welche das Leben des Kranken ernstlich bedrohen.

Dem Eintritte des Komas gehen gewöhnlich Vorboten voraus. Vor Allem ist eine plötzliche Steigerung der Mengen des Acetons, der Diacetsäure und β-Oxybuttersäure, sowie der Ammoniakausscheidung, ein sicheres Anzeichen, dass sich ein Koma vorbereitet, wenn nicht rechtzeitig geeignete Vorsichtsmassregeln ergriffen werden.

Die klinischen Erscheinungen des drohenden Komas sind Schläfrigkeit, Muskelmüdigkeit und Muskelschmerzen, nervöse Unruhe, unregelmässige Athmung. Schon zu einer Zeit, da diese klinischen Symptome noch nicht ausgeprägt sind, wenn vielleicht noch nicht einmal die Acidosis durch Harnuntersuchung sicher nachweisbar ist, bereits einige Tage vor dem Eintritte des Komas, treten Schmerzen im Magen, Erbrechen und Ueblichkeiten als warnende Vorboten auf.

Noch ein Symptom, welches dem Koma vorangeht, ist das Auftreten kleiner, kurzer, hyaliner Cylinder im Harne.

Die Anfangssymptome nehmen immer mehr zu, der Patient verfällt zusehends. Anfangs reagirt er noch, bis er schliesslich in einen Schlafzustand verfällt, aus dem er nicht mehr erwacht.

Die Therapie im Koma führt nur in den seltensten Fällen zu einem Ziele. Von dem Gedanken geleitet, dass eine Säurevergiftung die Ursache desselben sei, wurde von verschiedenen Seiten die Application grosser Dosen von Soda angerathen. Man kann, so lange der Patient noch bei Bewusstsein ist, dasselbe intern geben; bei bereits eingetretener Bewusstlosigkeit sind Transfusionen oder intravenöse Infusionen von Sodalösungen und Irrigationen zu machen.

Manchmal, aber nur selten, gelingt es, den Patienten zu erwecken und auch dann nur für kurze Zeit.

Die Durchspülung des Organismus durch hypodermatische

oder intravenöse Flüssigkeitszufuhr bewirkt eine erhöhte Diurese, die während des Komas oft ganz versiegt.

Zu den Infusionslösungen kann man auch Kochsalz oder Traubenzucker, eventuell Lävulose hinzufügen.

Gelingt es, einem Koma noch rechtzeitig entgegen zu arbeiten, muss nach Bekämpfung der bedrohlichen Symptome ein besonderes Augenmerk auf die Diät gerichtet werden. Nach glücklich überwundenem Koma soll eine, der vorhergehenden Diät entgegengesetzte angeordnet werden. War früher „strenge Diät" verordnet, so gebe man nachher Kohlehydrate — am besten eignet sich Milch mit Lävulose — und umgekehrt.

Mit der Einleitung und der Durchführung der strengen Diät, mit der Bestimmung der Toleranz ist die Behandlung des Diabetes nicht beendet. Bei diesem chronischen Leiden, bei welchem die Fähigkeit, Zucker zu verbrennen, gewöhnlich für immer gestört ist, erfordert die Regelung der Diät auch dann noch die volle Aufmerksamkeit, wenn es gelungen ist, die Zuckerausscheidung herabzusetzen oder ganz zu beheben.

Der Zuckerkranke muss lernen, wie er die erlaubten Speisen zuzubereiten habe, um in seine Kost grösstmögliche Abwechslung zu bringen, wie er mit dem ihm als Standartgrösse seiner Kohlehydrattoleranz gestatteten Brotquantum zu wirthschaften habe, damit es ihm auch möglich sei, für das Brot an Kohlehydraten äquivalente Mengen anderer Speisen zu geniessen.

Ist ein Diabetiker auf ein bestimmtes Mass von Kohlehydraten eingestellt, bleibt es schon gleich, ob er Brot oder Reis oder Mehl isst, wenn er nur seine Toleranz nicht überschreitet.

Als Mass der Toleranz verwendet man gewöhnlich Weissbrot (Semmel), welches nahezu constant 60 % Amylum enthält. Das Weissbrotquantum ist für den Zuckerkranken die gangbare Münze, um sich andere Genüsse, die ihm sonst verboten wären, dafür einzutauschen.

v. Noorden hat daher die schematische Eintheilung der Nahrungsmittel in „erlaubte" und „verbotene" fallen gelassen und dafür die Gruppirung in „unbedingt erlaubte" und „bedingt erlaubte" eingeführt. Die erste Gruppe umfasst alle Arten Fleisch, Fette, Eier, die grünen Gemüse, mit wenigen Ausnahmen. Zur zweiten Gruppe gehören jene Nahrungsmittel, die etwa mehr als 4 % Kohlehydrate enthalten. Der Kranke kann unter diesen eine seinem Geschmacke entsprechende Auswahl treffen, wenn er dafür

die äquivalente Menge Weissbrot fortlässt. Dadurch ist ihm Gelegenheit gegeben, möglichste Abwechslung in seine Kost zu bringen.

Verboten sind diese Nahrungsmittel und vollständig wegzulassen, wenn er auf kohlehydratfreie, strenge Diät gesetzt wird.

Um dem Diabetiker sein Brot zu gestatten und daneben noch andere Speisen aus der zweiten Gruppe, wäre es sehr erwünscht, ein Brot zu beschaffen, das weniger als 30 % Amylum enthält.

Wir finden zwar auf dem Markte eine beträchtliche Anzahl kohlehydratärmerer Brote und Gebäcke, die speciell für Diabetiker producirt werden. Die meisten, ja fast alle, haben einen Kohlehydratgehalt, der eine nur unbedeutende Vergrösserung des Brotquantums gestattet.

Camerer jun. hat vor Kurzem die gebräuchlichsten Diabetikergebäcke einer Analyse unterzogen. Er kommt zu demselben Resultate, wie schon vor ihm Kraus jun., dass ein grosser Theil der für den Gebrauch der Zuckerkranken angepriesenen Brote und Mehle nicht oder nur unbedeutend weniger Kohlehydrate enthielt, als gewöhnliches Schwarzbrot. Kraus mahnt daher mit Recht zur Vorsicht bei der Auswahl derartiger Präparate.

Auch ich bin in der Lage, auf Grund zahlreicher Analysen, die bisher bekannten Untersuchungen um einige zu vermehren. So hatte ich bei der Untersuchung einiger in Wien erzeugter, mit grosser Reclame lancirter Diabetikerbrote, folgende Zahlen gefunden. Das Diabetiker-Schwarzbrot (Bäckerei Ritz) enthielt: 47—50 % Stärke, das Diabetiker-Weissbrot 50 %. Die Anpreisung erzählt von 30 %. Aleuronat-Cakes aus einer anderen Bäckerei enthielten sogar 67 % Stärke.

Conglutinmehl, welches als unersetzlich für die Küche des Diabetikers angepriesen wird, enthielt 63 %; also nur um circa 7 % weniger als Roggenmehl. Die Schwierigkeit in der Bereitung derartiger Gebäcke liegt darin, dass unter einem gewissen Mehlgehalte die Mischungen, es sind gewöhnlich Eiweissmischungen, ihre Backfähigkeit verlieren.

Einige Brotfabrikate sind sogenannte Leichtgebäcke. Bei einem grossen Volumen wiegen sie nicht viel. Derartige Brote gestatten wohl für die Zufuhr grösserer Fettmengen eine entsprechende Unterlage zu finden, doch werden sie wegen des mangelnden Wohlgeschmackes nicht lange genommen.

Ein derartiges Brot mit einem Gehalte von 43 % Stärke erzeugen die Wiener Troponwerke. Der ganze Wecken, der für einen Tag genügt, wiegt nicht mehr als 50 g.

Wegen des fehlenden Brotgeschmackes findet es nicht Anklang; die Patienten kehren immer wieder zum gewöhnlichen Brote zurück, von dem sie zwar ein kleineres Volumen essen dürfen, das aber doch ihrem Geschmacke entspricht.

Viel wichtiger ist, dass dem Kranken Gelegenheit geboten wird, eine möglichst abwechslungsreiche Kost zu beschaffen. Es ist die Aufgabe des Arztes, sich nicht die Mühe verdriessen zu lassen, detaillirte Speisezettel auszuarbeiten, in welchen auf die Substituirung des Brotes durch andere „bedingt erlaubte“ Nahrungsmittel Rücksicht genommen wird.

Bei der Therapie des Diabetes ist und bleibt die streng individualisirende Regelung der Diät das einzige Hilfsmittel, gegen die Symptome, nicht gegen die Grundkrankheit, deren Wesen wir ja nicht kennen, erfolgreich anzukämpfen.

REFERATE.

Interne Medicin.

Ischialgie, Meralgie und Plattfuss. Von Prof. Dr. J. Pal.

Vf. hat schon früher die von Bernhardt beschriebene Sensibilitätsstörung im Bereiche des Nervus cutaneus femoris ext., die von Roth als Meralgia paraesthetica bezeichnet wurde, als Plattfusssymptom erkannt. Inzwischen hat er einige Fälle gesehen, welche unter der Annahme einer typischen Ischias kamen, bei welchen er höchstens eine geringe Druckempfindlichkeit des Ischiadicus, hauptsächlich aber subjective Empfindlichkeit der Glutäalgegend erheben konnte. Die betreffenden Kranken localisirten ihre Beschwerden in den Glutäalmuskeln, mitunter auch noch in der Kreuzbein- und Lumbalgegend. Die Schmerzen bestanden hauptsächlich beim Stehen, beim Liegen nahmen sie ab oder verschwanden vollständig. Die Beschwerden scheinen in manchen Fällen sehr beträchtliche zu sein, die Kranken suchten das Leiden mit Aufwand von kostspieligen Behandlungen zu bekämpfen. Die Differentialdiagnose dürfte gegenüber der echten Erkrankung des Nervus ischiadicus im ersten Augenblick Schwierigkeiten machen,

doch kann durch die Beobachtung nicht schwer Klarheit gebracht werden. Auch bei dem Hüftschmerz kommt ex pede valgo statico eine Druckempfindlichkeit des Nervenstammes vor, jedoch nur in den schwereren Fällen. In den leichteren besteht nur eine diffuse Empfindlichkeit in den Glutäalmuskeln. Das von Erben für die Ischias als charakteristisch beschriebene Phänomen der Temperaturdifferenz zwischen krankem und gesundem Bein hat Vf. in den bisher beobachteten Fällen nicht bemerkt. Vf. ist der Anschauung, dass die Fälle von Ischialgien oder Pseudoischialgien ziemlich häufig sind und ebenso häufig erfolglos den verschiedenen gegen die Ischias gerichteten Curbehandlungen unterzogen werden. Die Kranken stammen aus verschiedenen Berufsarten. Sie mussten viel stehen, namentlich auf steinigem Boden, hatten an Körpergewicht zugenommen u. s. w., die Anamnese, die zum Plattfuss gehört.

Die erfolgreiche Behandlung der Beschwerden ist an die richtige Behandlung geknüpft. Es ist vor Allem unstatthaft, früher eine Einlage in die Schuhe zu geben, bis durch das Redressement, bezw. absolute Ruhe, Dunstumschläge, Massage und gymnastische Uebungen die schmerzhaften Contracturen geschwunden sind. Es ist für diese Fälle von Ischialgie geradezu charakteristisch, dass die Hüftschmerzen in der Bettruhe ohne jedwede Medication schwinden. Ein zweiter Punkt betrifft das richtige Redressement des Fusses. Dieses wird in leichteren Fällen am einfachsten durch einen supinirenden Heftpflasterverband erzielt. In schwereren Fällen müssen andere orthopädische Massnahmen herangezogen werden. Mit einer frischen und richtig angelegten Heftpflaster-Fixation kann der Kranke einen Tag lang ohne Beschwerden gehen. Den dritten und praktisch wichtigsten Punkt hat der Orthopäde und der Schuhmacher zu lösen. Lässt man den Schuhmacher ohne weitere Angabe eine Einlage machen, so ist das gelieferte Fabrikat gewöhnlich unbrauchbar. Die correcte Einlage muss den Fuss gründlich supiniren. Diese Supination ist annähernd zu erreichen durch eine im Querschnitt keilförmige Einlage, welche aber von der Ferse bis zu den Zehen reichen muss. (Miller und Thomas.) Sie hat ihren höchsten Durchmesser entsprechend der Wölbung des Fusses, sog. doppelte Einlage. Der Patient muss mit supinirtem Fuss gehen. Viele Kranke beheben ihre Schmerzen auf diese Weise mit Erfolg von selbst, bevor sie sich zum Arzte begeben, indem sie auf dem äusseren Fussrande gehen. Von grösstem Belang ist

des Ferneren das Material, aus welchem die Einlage verfertigt wird. Im Allgemeinen wird Kork genommen. Kork ist jedoch zu wenig widerstandsfähig und ist bald niedergetreten. Die Einlage einer Stahlfeder ist sehr nützlich. An Stelle von Kork wäre noch eine andere, widerstandsfähigere Substanz zu suchen, doch müsste diese eine gewisse Elasticität haben und auch porös sein. Die Einlagen verträgt übrigens nur Derjenige, der noch eine Fusswölbung hat. Der Kranke muss von vornherein darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Einlage einer besonderen Pflege bedarf und controlirt werden muss. Am zweckmässigsten ist es, mehrere Paare Stiefel gleichzeitig in Verwendung zu ziehen. Fängt die Einlage an, nachzugeben, so muss sie vor dem Anlegen des Stiefels (von aussen) eingeklopft werden, was am besten mit einem Schusterhammer geschieht. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 1, 1902.)

Ueber die Anwendung von Kaliumnitrat und -Nitrit bei chronischer Steigerung der Arterienspannung. Von Sir Lauder Brunton. (Bartholomäus-Krankenhaus in London.)

Wenn die Arterien älter werden und ihre Elasticität verlieren, setzen sie dem durchströmenden Blute einen grösseren Widerstand entgegen. Infolge dieses vermehrten Widerstandes neigt das Herz zu Hypertrophie, und infolge dieser beiden Umstände — Herzhypertrophie und vermehrter Widerstand — steigt mit zunehmendem Alter der Blutdruck in den kleinen Arterien. Die Steigerung des Blutdruckes kann schädliche Folgen seitens des Herzens und seitens des Gehirns haben. Am Herzen äussert sich dies nicht selten als Angina pectoris, und seitens des Hirns in Lähmungen. Die Herabsetzung des Blutdruckes ist daher von der grössten Bedeutung. In Fällen, in denen der abnorm hohe Blutdruck Erkrankungen der Brust und des Herzens — Angina pectoris — verursacht, kann man den Blutdruck schnell und erheblich, allerdings nur vorübergehend, durch Mittel wie Amylnitrit oder Nitroglycerin herabsetzen. Mit Nitroerythrol, 0·03 dreimal täglich, erreicht man dasselbe langsamer, aber für längere Dauer. Die fortgesetzte Anwendung dieses Mittels kann die Anfälle von Angina pectoris bei vielen Leuten verhüten, die sonst beständig daran leiden. Indessen ist keines der genannten Mittel angebracht, wenn man die Ruptur einer Hirnarterie und die darauf folgende Lähmung zu vermeiden wünscht. Wir bedürfen dann eines Mittels, das noch langsamer wirkt, in schwächerem Masse, aber andauernd. Diesem Zwecke entspricht das Kalium nitricum (Salpeter). Vf. verordnet:

Kalium bicarbonicum 1·8, Kalium nitricum 1·2, Natrium nitrosum (Natriumnitrit) 0·03 in einem grossen Glase Wasser jeden Morgen. Eine solche Behandlung kann lange Zeit hindurch fortgesetzt werden. Die Kalisalze haben einen lähmenden Einfluss auf das Herz, wenn sie in sehr grossen Dosen gegeben werden. Aber diese Wirkung ist wahrscheinlich mehr nützlich als schädlich in Fällen von hohem Blutdruck, wenn man zweierlei wünscht, nämlich 1. die Herzthätigkeit herabzusetzen und 2. die Durchlässigkeit der Arterien zu vermehren und so den Druck an beiden Enden herabzusetzen, seitens des Herzens wie seitens der Gefässe. Alle Nitrite haben die Eigenschaft, die kleinen Arterien zu erweitern und so den Blutdruck zu vermindern. Leach hat nachgewiesen, dass die Nitrate dieselbe Wirkung haben, aber sie wirken langsamer und weniger vollständig, dagegen auf längere Zeit. Die Verbindung von Nitraten mit Nitriten ermässigt den Blutdruck durch Herabsetzung der Herzthätigkeit und Erweiterung der Blutgefässe. Sie regt ausserdem die Nierenthätigkeit an. Die genaue Beschaffenheit dieser hat noch nicht festgestellt werden können; aber es kann kein Zweifel bestehen, dass im Körper Stoffe gebildet werden, die einen Reiz auf die Blutgefässe ausüben und eine Zusammenziehung der Gefässe veranlassen. Bei Nierenkrankheiten und besonders bei der sogenannten Gichtniere ist diese Behandlung sehr aussichtsvoll. Wird diese frühzeitig begonnen, noch vor dem ersten Auftreten von Albuminurie und bevor der Kranke genöthigt ist, Nachts mehrmals Wasser zu lassen, also zu einer Zeit, in der ausser dem accentuirten zweiten Aortentone nichts Abnormes zu finden ist, so lässt sich das Leben bedeutend verlängern, lassen sich Anfälle von Angina pectoris und Lähmungen, die sonst bald eintreten, für eine Reihe von Jahren vermeiden. Vf. empfiehlt daher für alle Zustände von hohem arteriellen Druck, namentlich bei Gichtkranken, Kalium bicarbonicum und Kalium nitricum zusammen mit kleinen Dosen von Kalium nitrosum. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16, 1902.)

Ueber den Einfluss der Gewürze auf die secretorische Thätigkeit des Magens. Von Docent Dr. L. R. v. Korczinski.

Vf. hat bei mehreren Kranken eine Reihe von Versuchen über den Einfluss der Gewürze auf die Magenthätigkeit angestellt. Dieselben haben Folgendes ergeben: 1. Die Wirkung einzelner Gewürze auf die Absonderungsthätigkeit des Magens ist keine identische. 2. Ihre Wirkung hängt in erster Linie von dem allge-

meinen und momentanen Zustande des Magens, in weiterer wahrscheinlich auch von der Individualität ab. 3. Die Gewürze üben in den Fällen der secretorischen Schwäche einen schädlichen Einfluss aus; sie bewirken, dass die Absonderung der Salzsäure und des Pepsins herabgesetzt wird, dass bei gemischter Diät sich reichlicher Milchsäure bildet. 4. Auch bei Personen, deren Magenthätigkeit eine leidlich zureichende, aber bei welchen die Absonderung der HCl eine recht schwache ist, muss ihr Einfluss unerwünscht erscheinen. 5. Die Gewürze reizen die Magenschleimhaut, bewirken Dilatation der Gefässe und eine vermehrte Durchsickerung der Flüssigkeit, wodurch gleichfalls eine Verdünnung des Magensaftes bewirkt werden kann. 6. Auf die Absonderung der Drüsen bei gesunden Personen wirken die Gewürze zu Anfang anregend, später hemmend ein. Die Zeitperiode der verminderten Absonderung dauert im Allgemeinen ziemlich lange; manchmal folgt ihr eine zweite Periode der Anregung. 7. Die motorische Thätigkeit des Magens steigert sich nach Gewürzen, und zwar infolge einer Reizung der contractilen Elemente des Magens. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 18, 1902.)

Die Ernährung bei Arthritikern. Von Prof. Dr. E. de Renzi. (Universitätsklinik in Neapel.)

Seit langer Zeit constatirte Vf. an den Kranken zwei Thatsachen: vor Allem den befriedigenden Zustand der Ernährung und des Körpergewichtes bei Arthritikern mit spärlicher oder selbst sehr unzureichender Nahrung, in zweiter Linie die günstige Wirkung grüner Vegetabilien bei Arthritikern, wiewohl diese nur sehr langsam die dem menschlichen Körper nöthige Quantität von Calorien liefern. Die Untersuchungen an der Klinik von Professor Boeri, an 91 Kranken mit arthritischen Leiden — darunter 84 mit Diabetes mellitus, 5 mit anderen arthritischen Affectionen (harnsaure Diathese, Oxalurie etc.) — ausgeführt, ergeben Folgendes:

1. Ergibt sich aus diesen Untersuchungen, dass bei Arthritikern (vor Allem bei diabetischen, wie sie sich sehr häufig in den Spitälern finden) grosse, selbst sehr bedeutende Schwankungen des Körpergewichtes bestehen, und merkwürdigerweise ergibt sich, dass bei diesen Arthritikern, sobald sie unter Bedingungen gesetzt sind, in denen sie sich den Ursachen des Verfalles, der ihrer Erkrankung anhaftet, entziehen, sich sehr leicht bedeutende und oft sehr namhafte Erhöhungen des Körpergewichtes ergeben. Zu-

nahmen um 400—600 g im Tage sind sehr gewöhnlich. Nicht selten zeigen auch Viele bedeutendere Zunahmen.

2. Es ist weiters die Thatsache sehr bemerkenswerth, dass jene Zunahmen des Körpergewichtes auch bei Kranken eintreten, denen eine Anzahl von Calorien zugeführt wurde, die nach den allgemeinen Ansichten als unzureichend betrachtet werden muss, also 700, 600 und selbst 500 Calorien im Tage.

3. Die erwähnten Zunahmen treten bisweilen auch ein, wenn man den Kranken die gewöhnliche Spitalskost, bestehend aus Brot, Kuchen, Fleisch u. s. w. im Verhältnisse von 2000 Calorien verabreicht, eine Quantität die für unzureichend angesehen werden muss, in Anbetracht des Umstandes, dass unter diesen Bedingungen viel wegen der Glykosurie verloren geht, aber bei dieser Diät sind die Zunahmen des Körpergewichtes niemals bedeutend und bilden demnach gewissermassen eine Ausnahme.

4. Weit bedeutender und weit häufiger sind dagegen die Körpergewichtszunahmen, sobald eben diese Kranken sich einer specifischen Diabetesdiät unterziehen, die auf der Klinik bereitet wird und aus 5 Gemüsesuppen, 5 Stück Fleisch, 5 Eiern und $^1/_2$ l Wein besteht, mit welcher Portion ungefähr 1104 Calorien eingeführt werden, welche Ziffer in schweren Fällen reducirt werden kann, entweder durch die mit der Glykosurie verloren gehenden Calorien oder aber durch die weitere Reduction der Nahrung, wenn durch die ungewöhnliche Intensität der Glykosurie diese ganz unterdrückt werden muss.

5. Es ist leicht einzusehen, dass diese so deutlichen Schwankungen des Körpergewichtes grösstentheils auf Kosten des Wassers im Blute und in den Geweben zustande kommen, ein Factor, der so häufig bei Diabetikern, namentlich hinsichtlich der Polydipsie und Polyurie im Spiele ist.

Dass es sich so verhält, beweisen manche Körpergewichtszunahmen, die, paradox in ihrem Auftreten, auch sonst unerklärlich sind, wie jene bei Diabetikern während der Beobachtungszeit bei gewöhnlicher Spitalskost (Fleisch, Brot, Kuchen etc.) beobachteten, bei denen die Ziffer der durch Glykosurie verlorenen Calorien die mit der Nahrung eingeführten unter Umständen übertraf.

Indessen gestattet die bedeutende Zahl von Beobachtungen der Körpergewichtszunahme (namentlich bei specieller Ernährung der Diabetiker) bei einer unzureichenden Ernährung (mit Rück-

sicht auf den Verbrennungswerth berechnet), der progressive und ständige Charakter dieser Zunahme, die parallel gehende allgemeine Besserung, die Abwesenheit von Oedemen und hydrämischen Erscheinungen unter diesen Umständen diese Zunahme auf eine wirkliche Besserung der Ernährung zu beziehen.

6. Ausser dem Vorwiegen dieser Symptome in den Perioden, in denen die Kranken der specifischen Diabetesdiät unterworfen waren, sogar auch wenn sie der gewöhnlichen Spitalsdiät unterzogen wurden, ergibt sich aus den erwähnten Untersuchungen, dass die bedeutenden Gewichtszunahmen gewöhnlich in der ersten Periode der specifischen Ernährung auftreten, welche jener der Beobachtung folgt, in der die Kranken die gewöhnliche Diät geniessen. Es treten also die grössten Zunahmen auf, sobald die Diabetiker der specifischen Kost ausgesetzt werden, das ist, sobald sie von der Glykosurie, von der Polyurie, der Azoturie u. s. w. befreit sind. Im weiteren Verlaufe treten auch noch Zunahmen auf, aber in einem weniger bedeutenden Verhältnisse.

7. Bei neun Diabetikern, die nach und nach den verschiedenen Diäten und vergleichsweise auch exclusiver Fleischkost unterzogen waren, mit oder ohne Verschwinden der Glykosurie, zeigte sich während dieser Fleischdiät auch nicht ein einzigesmal die Zunahme des Körpergewichtes, sondern es trat vielmehr constant zugleich mit einer ausgesprochenen allgemeinen Schwäche eine fortschreitende und aussergewöhnliche tägliche Herabsetzung des Körpergewichtes im Ausmasse von 500—1000 g und mehr auf, und dies ungeachtet dessen, dass die tägliche Fleischration bis auf einen Calorienwerth von 1812 in einem Falle erhöht wurde.

8. Es ist noch zu erwähnen, dass auch bei ausschliesslicher Kost von grünen Vegetabilien (wie sie auf der Klinik bei Diabetikern, bei denen die Glykosurie bei gemischter Behandlung mit grünen Vegetabilien, Fleisch und Eiern fortbesteht), die einer schwankenden Calorienzahl von 600—1000 täglich entspricht, manchmal bedeutende Zunahmen des Körpergewichtes sich einstellen.

Bei einem nicht arthritischen Kranken dagegen, der sich in der Reconvalescenz nach Sumpffieber befand und bloss durch drei Tage einer ausschliesslichen Kost von grünen Vegetabilien unterworfen wurde (8 grüne Suppen und $^1/_2$ l Wein), nahm das Körpergewicht, nachdem es während der Reconvalescenz in starker Zunahme begriffen war, in rapidester Weise ab (im Ganzen um

2700 g), so dass die Erhöhung des Gewichtes durch schleunigstes Zurückkehren zur gewöhnlichen Kost angestrebt werden musste.

9. Schliesslich ergibt sich, dass im Gegensatze zu den Arthritikern eine üppige Nahrung, 3000—3500 Calorien entsprechend, nicht nur keine Erhöhung des Körpergewichtes ergibt, sondern bei Tuberculösen sogar eine Herabsetzung desselben.

Daraus ergeht wieder, dass die erwähnten Thatsachen in besonderer Weise an den Arthritismus gebunden sind. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 9, 1902.)

Ueber das Fieber bei der Lungentuberculose und seine Behandlung. Von Dr. Arthur Meyer.

Ist bei einem Tuberculösen Fieber constatirt, geht also das Thermometer über 37·3 hinaus, so muss der Kranke unweigerlich ins Bett. Er hat so lange liegen zu bleiben, bis durch wiederholte Messungen die Entfieberung festgestellt ist und für wenigstens drei Tage standgehalten hat. Fälle, in denen Phthisiker wegen ihrer erhöhten Temperatur $^{1}/_{2}$ Jahr und darüber im Bett gelegen haben und dann, einmal entfiebert, gesundet sind, sind nichts Seltenes. Die sogenannte Liegecur im Freien, bei der die Kranken, angekleidet und in Decken gehüllt, auf Liegestühlen in der frischen Luft gelagert werden, ist für Fiebernde nicht am Platze. Nach Vfs. Erfahrungen ist es ein dringendes Erforderniss, den Phthisiker auf flüssige Diät zu setzen, so lange er hohe Temperaturen (über 38·3) hat. A priori liegt kein Grund vor, bei ihm in dieser Beziehung anders zu verfahren, als bei anderen Fieberkranken. Vf. hat öfter die Beobachtung machen können, dass schon nach dem Genuss von leichtem Gebäck, wie Zwieback, die Fiebercurve deutlich anstieg; erst wenn das Gebot der reizlosen Fiberdiät streng durchgeführt wurde, ging die Temperatur zur Norm zurück. Die Ernährung muss reichlich sein. Die Kranken bekommen mehrere Liter Milch pro Tag, rohe Eier, mit Wein, Cognac oder Wermuth verrührt, und zwar bis zu acht Stück pro Tag, ferner alle Arten Suppe, besonders in legirter Form; auch Cacao, Chocolade, Rahm, Schlagsahne sind ihnen zu empfehlen, soviel sie nur irgend mögen und hinunterzwingen können. Die arzneilichen Fiebermittel sind zu vermeiden. Sie beeinflussen die ohnedies schon oft unzureichende Herzthätigkeit ungünstig und setzen die Temperatur nur zeitweise herunter; die Kranken klagen häufig, dass sie nach der abgelaufenen Wirkung des Medicaments sich elender fühlen als vor dem Einnehmen desselben. Ein ausgezeichnetes

und unentbehrliches Mittel zur Herabminderung des Fiebers sind die Priessnitz'schen Umschläge um Brust und Rücken. Je höher die Temperatur, um so häufiger und kühler die Umschläge. Man richtet sich dabei nach dem Wohlbehagen der Patienten; solche mit Temperaturen von 39° und darüber wünschen die Einpackungen meist ganz kalt und ihre stündliche Erneuerung. Fröstelt der Kranke unter dem Umschlag, für gewöhnlich das Zeichen, dass die Entfieberung eingetreten ist, so ist derselbe sofort zu entfernen. Von allen sonstigen hydrotherapeutischen Massnahmen, wie Bädern, Waschungen des ganzen Körpers, kalten Abreibungen hat Vf. stets Abstand genommen, weil sie den fiebernden, bettlägerigen Tuberculösen zu sehr angreifen. Eine günstige Einwirkung auf die Temperatursteigerung hat Vf. von dem Gebrauche des Guajacolcarbonats (Duotal) gesehen. Er gibt es in Pillenform und in kleineren Dosen: Duotali 6, Extr. Gentian. qu. s. u. f. Pil. No. 60, dreimal täglich zwei, später drei Pillen. — (Therap. Monatsh. Nr. 1, 1902.)

Ueber die therapeutische Verwendung des kakodylsauren Natrons und die intravenöse Arsenbehandlung. Von Dr. F. Mendel.

Gautier hat zuerst an Stelle der gebräuchlichen Arsenpräparate das Kakodyl As $(CH_3)_2$ und seine Verbindungen in die Therapie eingeführt. Vf. ist anfangs dem Rathe Gautier's gefolgt und hat das kakodylsaure Natron in allmälig steigender Dosis bis 0·2 pro die subcutan injicirt und per os das Mittel nur dann gegeben, wenn er durch äussere Gründe dazu gezwungen wurde. Später hat er das Medicament durch intravenöse Injection direct dem Blute einverleibt. Mehr als 400 intravenöse Injectionen haben bewiesen, dass bei den nöthigen Cautelen diese Art der Application nicht nur absolut gefahrlos ist, sondern auch in ihrem Heileffect sich als die zuverlässigste, schnellste und wirksamste aller Anwendungsmethoden darstellt. Man benutzt zur intravenösen Injection eine Pravazspritze mit möglichst feiner Nadel, und zwar am besten eine solche ganz aus Glas mit abnehmbarer Spitze und Glasstempel (Fabrikanten G. u. J. Lieberg, Cassel), die zu keinem anderen Zwecke gebraucht werden darf. Die Nadel wird in einem Reagensglas drei Minuten lang ausgekocht, die Einstichstelle mit Aether abgerieben. Steigt beim Einstechen der flach gehaltenen Nadel nicht sofort eine Blutsäule aus der durch die Ligatur prall gefüllten Vene in die Glasspritze, so soll man sich erst durch Anziehen des Stempels überzeugen, ob die Spritze Blut ansaugt, als Beweis, dass ihre Nadel sich wirklich im Lumen der Vene befindet. In einzelnen

Fällen erschien eine Application des kakodylsauren Natrons in loco morbi indicirt, so bei Ischias durch Injection in den Nerven selbst, bei Carcinoma mammae und bei Struma, ohne dass auch bei dieser Anwendungsweise irgend welche unerwünschte Nebenwirkungen zutage traten.

Vf. hat 30 Patienten längere Zeit der Kakodyltherapie unterzogen. Behandelt wurden Anämie und Chlorose 6 Fälle, Tuberculose 11, Diabetes 1, Kropferkrankungen 3, Nervenkrankheiten 5, Hautkrankheiten 3, Carcinom 1 Fall. Bei allen Chlorosen wurde bei 4—6 Wochen lang fortgesetzter Cur ein Erfolg erzielt, wie er mit der bisher geübten Eisentherapie nur in den seltensten Fällen erreicht wird. Die Behandlung der Chlorose und Anämie nahm in den leichten Fällen vier Wochen in Anspruch; die Dosis betrug anfangs pro die 0·05, stieg allmälig auf 0·1 und wurde alle zwei Tage injicirt; die schwerer Erkrankten dagegen erhielten täglich eine Injection derselben Anfangsdosis, die aber bis 0·2 gesteigert wurde. Nach dreiwöchentlicher Behandlung wurde dann eine achttägige Pause gemacht und nach dieser die Cur mit der ursprünglichen Dosis wieder aufgenommen. Meist wurde statt der von Leprince hergestellten Einzeldosen in zugeschmolzenen Glasfläschchen des billigeren Preises wegen eine vom Apotheker alle zwei Tage frisch bereitete 5%ige sterilisirte Lösung von kakodylsaurem Natron sowohl zur subcutanen, als auch zu der intravenösen Injection benutzt. In den wenigen Fällen, in welchen es per os gegeben wurde, geschah dies in Pillenform oder in Lösung: Rp.: Natrii kakodylici 2·0, Spir. Sacch., Syr. simpl. āā 20·0, Aq. destill. 60·0, Ol. Menth. pip. gtt. II. D. S. Ein Kaffeelöffel enthält ein Decigramm kakodylsaures Natron.

In den von Vf. beobachteten elf Fällen von Tuberculose handelte es sich zehnmal um Erkrankungen der Lungen, darunter drei — wegen ihres hohen, andauernden Fiebers mit einer Abendtemperatur bis 40° — schwere Fälle. Hier war der Erfolg, was das Fieber anging, selbst nach sechs bis acht Wochen langer Behandlung ein negativer, auch die Lungenerscheinungen zeigten keine Aenderungen, nur gelang es der tonisirenden Wirkung der Arsenmedication, den Kräfteverfall entschieden aufzuhalten. In den übrigen sieben Fällen von Lungentuberculose, bei denen es sich um Spitzenkatarrhe, Infiltrationen in einer oder beiden Lungen, auch zeitweilig auftretende Fiebererscheinungen bis zu einer Abendtemperatur von 38·5° handelte, war die günstige Wirkung der Arsenbehand-

lung nicht zu verkennen. Glänzend schien der Erfolg bei einem 25jährigen Manne, der an Tuberculose des rechten Hodens, des rechten Samenstranges und der Blase litt; gleichzeitig seit drei Jahren bestehender Spitzenkatarrh bereitete wenig Beschwerde. Der Hoden und ein grosser Theil des Samenstranges bis tief in das kleine Becken hinein wurde operativ entfernt. Im Verlauf der Heilung bildete sich jedoch eine Reihe von Fisteln am Scrotum und in der Leistengegend, welche stark eiterten und durch Retention verschiedene, anhaltende Fieberattaquen hervorriefen, auch das Blasenleiden trotzte hartnäckig jeder Behandlung. Ein periproktitischer Abcess, der sich noch nachträglich bildete und breit geöffnet wurde, zeigte wenig Neigung zur Heilung. Die Kräfte des Patienten waren aufs Aeusserste reducirt, die Prognose schien quoad vitam eine ungünstige zu sein. Mit der Einleitung der Kakodyltherapie trat bald ein völliger Umschwung des Krankheitsverlaufs ein. Die Fisteln schlossen sich sehr schnell, der Urin wurde klar und schmerzlos gelassen, der vorher quälende Harndrang hörte auf, das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends und nach fünf Wochen war eine Gewichtszunahme von 15 Pfund zu constatiren, obwohl die Erkrankung der Lungen nicht wesentlich beeinflusst war.

Die Anwendungsweise war bei Tuberculose dieselbe wie bei den anämischen Zuständen, doch wurde die Dosis 0·15 niemals überschritten. Auch hier zeigt sich die intravenöse Behandlung allen andern Applicationsmethoden nach jeder Richtung hin bedeutend überlegen. Nach dem Vorbilde Wiener Aerzte, welche in der Phthisiotherapie durch die innere Verabreichung einer Combination von Zimmtsäure und Arsenik gute Erfolge erzielt haben wollten, hat Vf. in verschiedenen Fällen kakodylsaures Natron und Hetol in 5%iger Lösung zusammengemischt intravenös injicirt, ohne damit andere Resultate zu erzielen, als mit der alleinigen Anwendung des Arsenpräparats.

Auch bei der Behandlung des einen Falles von Diabetes zeigte sich schon sehr bald die tonisirende Allgemeinwirkung der Arsentherapie. Da das antidiabetische Regime nicht strenge eingehalten wurde, konnte eine Abnahme der Zuckermenge nicht constatirt werden, um so auffallender aber war die Besserung des Allgemeinbefindens.

In den zwei Fällen von Basedow'scher Krankheit, die mit intravenöser Kakodylinjection behandelt wurden, blieb eine Pa-

tientin völlig unbeeinflusst, bei der zweiten war der Erfolg ein günstiger, ebenso hatten bei einer Kranken mit parenchymatöser Struma intraparenchymatöse Injectionen in das Kropfgewebe, verbunden mit intravenöser Arsenbehandlung in drei Serien à 10 Einspritzungen, die durch fünftägige Pausen unterbrochen wurden, eine ganz beträchtliche Verkleinerung der Schilddrüse zur Folge.

Einen hartnäckigen Fall von Ischias bei einem 45jährigen Schlosser brachten acht Injectionen à 0·075 direct in den Nerven bei seinem Austritt aus dem Foramen ischiad. in 14 Tagen zur Heilung. Nach jeder Einspritzung trat erst ein 15 Minuten lang anhaltender, intensiver Nervenschmerz auf, welcher von der Einstichstelle bis zum Fusse reichte. Eine Drucklähmung des Radialis heilte auffallend schnell nach subcutaner Arseninjection in den erkrankten Arm. Eine hysterische Muskelschwäche beider Beine bei einem jungen Mädchen wurde mit 15 subcutanen Arseninjectionen in vier Wochen geheilt und auch die Grundkrankheit gebessert. Gegen Migräne scheint die intravenöse Arseninjection geradezu ein Specificum zu sein. Bei den zwei Patientinnen blieben die Anfälle gleich nach Beginn der vier Wochen durchgeführten intravenösen Arsenbehandlung aus (die subcutane Application war in einem Falle ohne Erfolg gewesen) und sind, fast zwei Monate nach Schluss der Behandlung, noch nicht wieder aufgetreten.

Ein Fall von sehr schwerer Psoriasis mit Diabetes blieb trotz grosser subcutaner und intern verabreichter Kakodylmengen absolut unbeeinflusst.

Zwei junge Mädchen mit Akne vulgaris faciei wurden in sechswöchentlicher Behandlung mit subcutanen Kakodylinjectionen bedeutend gebessert und auch die übrigen Zeichen der Seborrhöe erheblich gemildert. Ein absoluter Misserfolg war trotz energischster intravenöser und gleichzeitig localer Behandlung in einem Falle von inoperablem Mammacarcinom. — (Therap. Monatsh. Nr. 4, 1902.)

Chirurgie.

Die zweizeitige Operation bei Appendicitis purulenta aut gangraenosa. Von Prof. Riedel.

Obwohl ein grosser Procentsatz von Appendicitisfällen auch ohne Operation gesund werden kann, räth Vf. dennoch in jedem Falle, der ernstere Erscheinungen darbietet, zur Operation, weil

man dem Falle im Anfange gar nicht ansieht, ob es nicht plötzlich zur Gangrän kommen wird. Die Hauptsache ist, dass man es nicht zur Perforationsperitonitis kommen lässt, dass man eben frühzeitig operirt, wenn möglich so früh, dass der gangränöse Wurmfortsatz noch nicht perforirt, dass noch gar kein Abscess vorhanden ist. Um dies zu erreichen, ist es nothwendig, in den ersten Stunden nach Eintritt der Erkrankung zu operiren.

Ausser der grösseren Aussicht auf Heilung hat die frühzeitige Operation noch andere Vortheile. Wenn man operirt, bevor ein Abscess da ist, kommt man mit einem kleinen Schnitte aus, so dass der Patient später keine Hernie bekommt. Dieses Auskommen mit einem kleinen Schnitte soll das in Zukunft anzustrebende Ziel bei der operativen Behandlung der Appendicitis sein.

Die Muskelsubstanz und die Sehne des Obliquus externus, weiters der Obliquus internus, werden entsprechend dem Faserverlaufe gespalten und durch Nähte wird der Spalt weit auseinandergehalten. Wenn dann der in der Nähe des Poupart'schen Bandes gelegene Appendix resecirt wird, genügt es, die getrennten Muskeln wieder zusammenzunähen, um eine widerstandsfähige Bauchwand zu bekommen.

Um bei bereits vorhandener Eiterung die Patienten noch die grossen Vortheile des kleinen Schnittes geniessen zu lassen, hat Vf. folgendermassen operirt: Schnitt, wie früher, bis auf den Abscess; Entleerung und Austupfen desselben. Dann wird, ohne viel nach dem Appendix zu suchen, mittels eines umwickelten Drains der Abscess drainirt und die Operation abgebrochen. Durch die Entleerung des Eiters wird der Patient von der grössten Gefahr befreit und ausserdem werden die früher derben Gewebe um den Entzündungsherd weicher, so dass das Aufsuchen des Processus vermiformis in einer späteren Zeit leichter gelingt und die Sufficienz der Appendixnaht gesicherter ist. Diesem letzteren Umstande ist es zu verdanken, dass Vf. fast keine Fisteln, als Folgeerscheinungen der Appendixabtragung, gesehen hat, während Sonnenburg, der bei der ersten Operation für jeden Fall die Entfernung des Processus vermiformis vornimmt, dieselben häufiger beschreibt. Im entzündeten Gewebe geben eben die Nähte nach und dies führt zu lange Zeit secernirenden Fisteln. Die zweite Operation wird vom Vf. gewöhnlich 14 Tage nach der ersten vorgenommen, zu einer Zeit, wo die Wunden der Operation noch nicht zugeheilt sind, da sonst die Patienten, welchen es relativ gut geht, bei geschlosse-

ner Wunde sich zu keiner zweiten Operation entschliessen würden. — (Langenb. Arch., Bd. 66.)

Zur operativen Behandlung von infectiösen und benignen Venenthrombosen. Von Prof. Dr. W. Müller.

Um die Gefahr der Pyämie hintanzuhalten, hat Vf. in zwei Fällen von eitriger Thrombosirung von Venen an der oberen Extremität die Resection der thrombosirten Partie nach vorheriger centraler und peripherer Unterbindung vorgenommen. Es handelte sich in beiden Fällen um infectiöse Thrombosen, die im Anschluss an verunreinigte Wunden an der Hand entstanden sind. Die thrombosirten Venen waren in eitrig geschmolzenes Gewebe eingebettet, welches ebenfalls mit entfernt wurde. In beiden Fällen trat noch am Tage der Operation Entfieberung ein, welche bis zu der in einigen Tagen vollendeten Heilung der Wunde anhielt.

Ausserdem hat Vf. bei benignen Thrombosirungen, wie sie bei Varicen der unteren Extremitäten vorzukommen pflegen, das ganze thrombosirte Venengeflecht nach vorheriger centraler Ligatur exstirpirt und dadurch einem eventuell möglichen Abbröckeln der Thromben und Verschleppung derselben in die Lungen vorgebeugt, und den definitiven Heilungsprocess zumindestens beschleunigt. In vier Fällen war der Process so weit fortgeschritten, dass die Vena saphena bis zur Einmündungsstelle thrombosirt war, und trotzdem trat infolge der Operation keine Verschleppung der Thromben ein, so dass Vf. die Operation auch in diesen Fällen für gefahrlos hält. Nach Ansicht des Vfs. wirkt die an der Einmündungsstelle der Saphena in die Vena femoralis befindliche Klappe, trotzdem sie undicht ist, günstig im Sinne des gefahrlosen Abschlusses des Thrombus. — (Langenb. Arch., Bd. 66.)

Weitere Erfahrungen über das Operiren im Aetherrausch. Von Dr. P. Sudeck.

Für kurz dauernde Operationen hat Vf. seinerzeit diese Methode angegeben und fand später, dass dieselbe auch bei länger dauernden Operationen benützt werden kann.

Die Methode beruht auf der Beobachtung, dass bei den meisten Menschen schon nach kurz dauernder Einathmung von Aether völlige Analgesie eintritt, so dass man bereits nach wenigen Athemzügen die Operation beginnen kann. Vf. verwendet zur Narkose eine gewöhnliche Aethermaske, die Mund und Nase bedeckt und ziemlich fest anschliessend sich anlegt, aber andererseits

die Einathmung von frischer Luft bei jedem Athemzuge gestattet. Man lässt den Patienten tiefe Athemzüge machen und bereits nach einigen Athemzügen tritt ein Zustand des Rausches ein, der mit dem Alkoholrausch eine grosse Aehnlichkeit hat. Die Patienten sind entweder theilnahmslos oder aufgeregt und verwirrt; sie geben Antwort auf Fragen, zeigen aber eine fast vollständige Aufhebung der Schmerzempfindung, während das Tastgefühl und andere Sinnesfunctionen nur getrübt sind. Mit Hilfe dieser Narkose hat Vf. auch langdauernde (bis zu 30 Minuten) Knochenoperationen, Sehnenplastiken u. s. w. ausgeführt.

Die Vortheile der Methode sind ihre absolute Gefahrlosigkeit und der Mangel jeder Störung nach der Narkose. Kurze Zeit nach der Narkose können die Patienten mit Appetit ihr Mittagessen nehmen; Erbrechen ist selten. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 13, 1902.)

„Schiefer Mund" nach Halsdrüsenexstirpation. Operative Heilung. Von Dr. Oskar Wolff.

Vf. operirt Lymphdrüsen am Halse in der Weise, dass er zunächst die Vena jugularis communis in der Fossa supraclavicularis freilegt und dann die Drüsenpackete in toto von unten nach oben gehend bis zur Schädelbasis als Ganzes von der Vene ablöst. Der Musculus sterno-cleido-mastoideus kann meistentheils dabei geschont werden; falls er eitrig infiltrirt ist, wird er auch theilweise entfernt, ohne dass die Function darunter viel leidet. Bei der Operation kann es passieren, dass der Mundwinkelast des Nervus facialis (der Ramus marginalis, welcher dem Kieferrande parallel verläuft) verletzt wird. Die Erscheinungen, die dieser Durchtrennung folgen, sind sehr unangenehm, indem der Mund beim Sprechen immer nach der anderen Seite verzogen wird; in der Ruhe merkt man keine Lähmung. Um diesem Zustande abzuhelfen, entschloss sich Vf., in drei Fällen auch den Ramus marginalis der anderen Seite zu durchtrennen, und der Erfolg war ein sehr guter. Der Mundwinkel blieb beim Sprechen auf beiden Seiten gleich hoch und nur bei genauem Zusehen konnte man bemerken, dass die Unterlippe beim Sprechen etwas breiter wurde, als normal.

Die Durchtrennung des zweiten Ramus marginalis kann sofort ausgeführt werden, sobald man bemerkt, dass man den Ramus auf der kranken Seite verletzt hat. Die Durchtrennung der Nerven kann auch subcutan vorgenommen werden. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 13, 1902.)

Geheilte Schädelschüsse. Von Ernst v. Bergmann.

Die Erfahrungen der Neuzeit sprechen dafür, dass Hirnverletzungen, die durch Eindringen kleinerer Geschosse von 5, 6, 7, 9 mm Durchmesser mit geringer Durchschlagskraft entstanden sind, conservativ zu behandeln sind. Es genügt, die Schädelwunde zu decken, die Kugel heilt gewöhnlich ohne Schaden für den Patienten reactionslos ein.

Diese Principien hat Vf. bei einem Knaben befolgt, der aus Unvorsichtigkeit von seinem Bruder angeschossen wurde. Einschuss zwei Finger breit über dem Arcus superciliaris. Es bestand Bewusstlosigkeit, Erbrechen, Lähmung der rechten Körperseite, ausserdem wurden dann Blutungen in der Retina gefunden. All diese Erscheinungen gingen zurück und die Kugel, die laut Röntgen-Photogramm das ganze Gehirn durchsetzte, heilte ein.

Da die Erscheinungen sehr häufig von selbst zurückgehen, räth Vf., die Kugel einheilen zu lassen, und dies umso eher, als trotz der Lagebestimmung des Projectils mittelst Röntgen-Strahlen die Extraction der Kugel auch bei ganz oberflächlicher Lage die grössten Schwierigkeiten bieten kann und bei der primären Kugelextraction gewöhnlich mehr Hirnsubstanz zerstört wird, als durch das Projectil selbst. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14, 1902.)

Ein Vorschlag zur operativen Behandlung der Ischias. Von Docent Dr. Roman v. Baracz.

Die operative Behandlung der Ischias beruht gewöhnlich in der blutigen Dehnung des Nervus ischiadicus. Die Erfolge dieser Operation lassen noch viel zu wünschen übrig, daher sind für schwierige Fälle sogar sehr eingreifende Operationen empfohlen und auch ausgeführt worden, so z. B. die intradurale Durchtrennung der hinteren Wurzeln des Nervus ischiadicus oder Resection der erkrankten Synchondrosis sacro-iliaca.

Auf Grund von Beobachtungen an Menschen und Experimenten an Cadavern ist Vf. zur Ueberzeugung gekommen, dass diese schweren Eingriffe nicht nothwendig sind. Er fand nämlich, dass die Ursache der Schmerzen in gewissen Fällen von Ischias (besonders wo entzündliche Processe des kleinen Beckens oder ein Trauma vorangegangen sind) in abnormen Verwachsungen oberhalb der Austrittsstelle des Nerven aus der Incisura ischiadica und an der Incisur selbst zu suchen ist. Auf Grund dieser Annahme hält es Vf. für rationeller, in gewissen Fällen von hartnäckiger Ischias, den Nerven, anstatt ihn an der Glutäalfalte zu dehnen, beim Aus-

tritt aus der Incisura ischiadica major blosszulegen und stumpf von seinen anormalen Verwachsungen oberhalb der Incisur mit dem Finger zu lösen. Ob noch ein gewisser Grad von Dehnung des Nerven nothwendig wäre, müsste die künftige Erfahrung entscheiden. Die Technik der Operation, die Vf. schildert, ist nicht schwer. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 9, 1902.)

Ueber partielle seitliche Rhinoplastik. Von Dr. F. de Quervain.

In zwei Fällen von Defect der oberen seitlichen Nasenwand, die durch operative Entfernung von Neoplasmen entstanden waren und auch auf den Knochen sich erstreckten, so dass die Nasenhöhle seitlich in offener Communication mit der Aussenwelt stand, verwendete Vf. ein Verfahren zur Deckung des Defectes, das den Vortheil hat, keine neuen sichtbaren Narben zu hinterlassen. Die Technik der Operation ist folgende: Der Lappen wird vom Defect aus mit dem Periostmesser oder einer starken Scheere reichlich gross geschnitten und sodann vom entgegengesetzten Nasenloche aus mit dem Finger so kräftig seitlich abgeknickt, dass er ohne jedes Federn in seiner neuen Lage verbleibt. Sodann wird er auf der dem Defect zugewendeten Seite von seiner Schleimhaut befreit und mit einigen Knopfnähten an den Rändern des Defectes befestigt. Zum Schlusse wird er, sei es durch Thiersch'sche Transplantationen, sei es, was kosmetisch besser ist, durch Lappenplastik, mit Haut versehen. Die Plastik kann secundär oder bei einem begrenzten Eingriff primär im Anschlusse an die Radicaloperation des Neoplasmas ausgeführt werden. Der kosmetische Effect in zwei vom Vf. nach dieser Methode operirten Fällen war ein sehr guter. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 11, 1902.)

Eine neue conservative Operation am Hoden. Von Prof. Dr. W. J. Rasumowsky.

Bekanntlich hat Bardenhauer, um die innere Secretion des Hodens für den Organismus zu erhalten und den letzteren auf diese Weise von manchen Folgen der Castration zu schützen, empfohlen, bei Tuberculose des Nebenhodens nicht die Castration auszuführen, sondern nur den kranken Nebenhoden zu reseciren. Vf. geht bei seinen Versuchen einen Schritt weiter und versucht auch die Geschlechtsfunction des Hodens zu erhalten, indem er die Continuität der Samenwege wieder herzustellen trachtet. Thierversuche, die von Scaduto ausgeführt wurden, haben bereits früher erwiesen, dass die Möglichkeit dazu beim Thier vorhanden ist.

Vf. hat, unabhängig von Scaduto, zwei Operationen ausgedacht, die diesen Zweck zu erfüllen scheinen. Die erste Operation stellt eine Anastomose zwischen dem Rete testis (oder dem Anfange der Coni vasculosi) und dem Vas deferens nach totaler Entfernung der Epididymis her, die andere Operation ist für die Fälle von Resection der unteren Hälfte des Nebenhodens gedacht und besteht in einer Anastomose zwischen dem Vas epididymis und dem Vas deferens. Um die Möglichkeit einer Anastomosirung herzustellen, muss das Epithel der durchschnittenen Theile in ausgiebiger Weise möglichst nahe aneinander gebracht werden, und dies erreicht Vf., indem er das Vas deferens spaltet und das Endstück desselben in die Hoden- oder Nebenhodensubstanz versenkt und hier fixirt. Die Technik der Operation ist nicht schwer, der Mehraufwand von Zeit nicht gross. Vf. hat nach jeder Methode zwei Fälle operirt und in kurzer Zeit Heilung erzielt. — (Langenb. Arch. Bd. 61, H. 3.)

Zur Kenntniss der Spina bifida. Von Dr. Philipp Bockenheimer.

Die Spina bifida wird in der letzten Zeit mit gutem Resultate operativ behandelt, jedoch eignen sich nicht alle Fälle und in jedem Stadium für diese Therapie. Contraindicirt ist die Operation in allen Fällen mit Hydrocephalus, weil derselbe nach der Operation rasch wieder zunimmt, weiters bei Kindern, die noch an anderen Krankheiten (Enteritis, Bronchitis etc.) leiden. Die Formen, die den Chirurgen interessiren, sind die Myelocele, Myelocystocele und die Meningocele, während die Fälle von Rhachischisis noch mit anderen schweren Entwicklungsanomalien complicirt sind und für die Operation sich nicht eignen.

Vf. hält die Operation der Spina bifida angezeigt, weil sonst die Kinder einer ständigen Gefahr ausgesetzt sind, dass der Sack durch ein Trauma platzt und dann inficirt wird. Bei gewissen Formen der Spina bifida ist auch bei geschlossenem Sacke eine Infection möglich. Ausserdem können noch in späterem Alter durch Degeneration der im Sacke verlaufenden Nerven Lähmungen eintreten, welche durch die Operation hintangehalten werden.

Die älteren Behandlungsmethoden, wie Compression, Punction des Sackes, dann Injection von Jodpräparaten zur Verödung des Sackes, dann die elastische oder gewöhnliche Abschnürung sind zu verwerfen, weil alle gewisse Gefahren für das Individuum in sich bergen und ausserdem nicht radical sind. Vf. empfiehlt die

breite Blosslegung des Sackes, eventuell die Exstirpation des denselben bedeckenden Lipoms, die Eröffnung der Cyste behufs Entleerung der Flüssigkeit, endlich die vollständige Exstirpation des Sackes mit Schonung der Nerven, die in der Wand des Sackes verlaufen. Oft muss, um den Sack vollständig zu exstirpiren, auch Rückenmarkssubstanz resecirt werden; es treten aber nur sehr selten darnach Lähmungen auf, weil das Rückenmark gewöhnlich durch die Dehnung degenerirt und functionslos ist.

Der Verschluss des Defectes gestaltet sich bei kleinen Spalten sehr leicht, indem die angrenzende Musculatur und Fascie nach Unterminirung leicht in der Mittellinie zusammengenäht werden können. Ist der Spalt grösser, so bildet man zwei seitliche Muskelfascienlappen oder man wird bei sehr grossem Spalt sogar genöthigt sein, einen Knochenperiostlappen aus dem Os ilei zur Deckung heranzuziehen. Die Vereinigung der Lappen soll eine vollständige sein, ohne eine Lücke für die Tamponade freizulassen. Wenn die operirte Stelle in der Nähe des Anus liegt, so muss man den Verband ein- bis zweimal täglich wechseln, um eine Infection der Wunde zu verhüten. Wenn keine Infection dazutritt, findet die Heilung in 8—10 Tagen statt. Die Prognose ist am besten bei Meningocele und Myelocystocele, ist aber auch bei Myelocele nicht absolut ungünstig (3 Heilungen auf 8 Operationen). — (Langenb. Arch. Bd. 65, H. 3.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Der heutige Standpunkt in der Behandlung der Rückwärtslagerungen der Gebärmutter. Von Dr. H. Fehling.

Vf. gibt einen Ueberblick über den heutigen Standpunkt in der Behandlung der Rückwärtslagerungen des Uterus. Nach eingehender Erörterung der pathognomonischen Erscheinungen und deren Diagnose geht Vf. auf die Besprechung der Prophylaxe und Therapie dieser Erkrankung über, bei welch letzterem Punkte die Indicationen, welche ein operatives Vorgehen bedingen, mit ganz besonderer Liebe auseinandergesetzt werden. Die Grenzen derselben sind im Grossen und Ganzen sehr enge gezogen und steht Vf. mit Löhlein auf dem Standpunkte, dass man bei gewissenhaftem und pflichtbewusstem Vorgehen in der Lage ist, bei 18—20% der Fälle mit conservativer Behandlung Dauererfolge zu erzielen. Von

Pessaren zieht er nur das von Hodge angegebene in Verwendung, sowie den Achterring von Schultze, und zwar in solchen Fällen, wo nach schwieriger Aufrichtung die Neigung des Uterus besteht, wieder nach hinten umzusinken. Was die hier in Betracht zu ziehenden operativen Eingriffe betrifft, hat Vf. die abdominelle Verkürzung der Ligamenta rotunda, sowie die Vesicofixation zu wiederholten Malen mit gutem Erfolge ausgeführt und spricht daher beiden Methoden aufs Wärmste das Wort. Zu erwähnen wäre weiters noch, dass Autor bei der Verkürzung der Ligamenta rotunda nach Alexander Adams den Casati'schen halbmondförmigen Haut-Fascienschnitt vorzieht. Was nun den Endeffect der operativen Eingriffe betrifft, so macht Fehling ganz besonders darauf aufmerksam, dass nur in einem Theile der operirten Fälle die subjectiven Beschwerden schwinden, während thatsächlich die Retrodeviation beseitigt ist und bleibt. Vf. erklärt dies in sehr einleuchtender Weise damit, dass jene Fälle, welche operativ angegangen werden, bereits veraltete Fälle sind, da sich die Patientinnen zumeist äusserst schwer zur Operation entschliessen. Es ist nun eine bekannte Thatsache, dass sämmtliche Unterleibsleiden der Frauen im Stande sind, auf reflectorischem Wege nervöse Erscheinungen schwerster Natur auszulösen. Hat also die Retrodeviation noch nicht lange bestanden, so werden die durch sie bedingten reflectorischen nervösen Erscheinungen verschwinden, wenn es gelungen ist, auf irgend eine Weise, sei es auf conservativem Wege durch Aufrichtung des Uterus und Einlegen eines Pessares oder auf operativem Wege die Lageveränderung endgiltig zu beseitigen. Wesentlich anders verhält es sich jedoch, wenn die Lageanomalie sehr lange bestanden hat, ehe sie dauernd corrigirt wurde. Da sind die Bahnen, auf welchen die Reflexe zum Centralnervensystem und Sympathicus ausgelöst werden, so abgelaufen, dass selbst nach wiederhergestellten anatomischen Verhältnissen der nervöse Symptomencomplex weder gänzlich verschwindet, noch merklich eingeengt erscheint. Ganz besonders kann man dies in Fällen beobachten, wo es sich um neuropathisch veranlagte Personen handelt. Nicht unerwähnt darf eine Beobachtung des Autors bleiben, die er bei operirter Aufrichtung des Uterus machte und auf welche er die ganz besondere Aufmerksamkeit lenkt, nämlich eine bedeutende Verlangsamung der Pulsschläge. In manchen Fällen sank die Pulszahl in geradezu beängstigender Weise auf 40 Schläge in der Minute. Vf. führt dies auf eine

Vagusreizung zurück, die durch den Druck der arbeitenden Hände sowohl von aussen als auch von innen auf Uterus und Ovarien bei den Aufrichtungsversuchen ausgeübt wird und warnt vor einem Zuviel in dieser Richtung. — (Die deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrh.) Königstein.

Beitrag zum Studium der Scheidendarmfisteln nach Vaginaloperationen. Von Condamin und Voron.

Bei allen vaginalen Uterus- und Adnexoperationen können Scheidendarmfisteln auftreten. Von 36 diesbezüglichen Fällen betraf die Verletzung des Darmes in fünf Fällen den Dünndarm, einmal war die Flexura coli, 30mal der Mastdarm in Mitleidenschaft gezogen worden. Zum Unterschied von den Fisteln, die bei Bauchoperationen auftreten, zeichnen sich die Scheidendarmfisteln durch eine ganz ausserordentliche Gutartigkeit aus. Vf. theilt die Fisteln in vier Kategorien ein: 1. präoperative Fisteln, es sind dies solche, bei denen schon vor dem operativen Eingriffe eine Communication zwischen Darm und Geschwulst (Dermoid Pyosalpinx) besteht. Nach Eröffnung der Scheide und des Eitersackes steht der Operateur bereits vor der fertigen Fistel. Im Uebrigen ist die Fistel mitunter schon früher daran zu erkennen, dass Eiter mit dem Stuhle abgeht und dass das Allgemeinbefinden schwer alterirt ist. Die zweite Form der Fisteln bezeichnet der Vf. als operative. Sie entstehen entweder direct durch Verletzung mit dem Instrumente oder auch durch das Lösen von Verwachsungen. Letzteres kann umso leichter sich ereignen, als ja bekanntermassen die Darmwandungen an den Verwachsungsstellen immer dünner werden, bis sie entweder spontan durchbrechen oder aber der bereits genügend vorbereitete Darm während der Operation perforirt. Bacterium coli im Eiter, sowie das Auftreten von Durchfällen zeigen drohenden Durchbruch an. 3. Postoperative Fisteln sind solche, die sich erst einige Tage nach der Operation zeigen. Sie entstehen nach der Meinung des Vfs. auf die Weise, dass ein bereits erkrankter Darmabschnitt während der Operation zu intensiv mit den Fingern bearbeitet wird, eventuell mit Klemmen gequetscht oder das Mesenterium verletzt wird, welche Umstände eine Nekrose des so betroffenen Darmstückes verursachen können, mit consecutiver Fistelbildung. Die vierte Form bezeichnet der Autor als indirecte Fisteln. Dieselben entstehen durch die Einklemmung einer vorgefallenen Darmschlinge bei offenem Douglas. Vorerst treten jene Symptome auf, die sich bei eingeklemmtem

Bruch einzustellen pflegen. Kommt es dann zur Nekrose der Darmwand, so bildet sich eine Scheidenkothfistel. Es geht Koth durch die Scheide ab. Aus der Beschaffenheit und Menge desselben kann man einen Schluss daraus ziehen, welchem Darmantheile die Fistel angehört. Sitzt sie im Rectum, so wird die Finger- und Sondenuntersuchung oder Einspritzen von Milch in den Mastdarm den richtigen Aufschluss geben. Zu bemerken wäre noch, dass es zu einer entzündlichen Affection der Scheide kommen kann, anderseits auch das Allgemeinbefinden schwer leidet, besonders wenn die Fistel in einem oberen Darmabschnitt sitzt. Das weitere Schicksal der Fistel ist in jenen Fällen, in denen sie so klein ist, dass nur flüssiger Stuhl durchgeht, spontane Schliessung. Ist dies nicht der Fall, so kann man dies durch Aetzung der Ränder mit Höllenstein, Chlorkalk, Salpetersäure oder Thermokauter erreichen. Ist die Fistel grösser, so schlägt der Vf. den operativen Weg nach Doyen ein. Nach Ablösung von zwei seitlichen Lappen wird die Fistel geschlossen und darüber die Lappen vereinigt. Liegt es nicht im Bereiche der Möglichkeit, sich die Fistel zugänglich zu machen, oder hindert ein Sporn die Darmpassage, dann muss man sich zur Laparatomie entschliessen. Bei letzterem Vorgehen legen die Vf. einen besonderen Werth darauf, dass ein Assistent von der Vagina aus den Douglas und dann die Fistelgegend in die Höhe, gewissermassen dem Operateur entgegendrängt. Nach Lösung der entsprechenden Darmschlinge wird die Fistel nach Cerny vereinigt. — (Arch. prov. de chir., Nr. 6, 1901.)

Königstein.

Vorläufige Mittheilung über medullare Narkose während der Geburt. Von Dr. Marx.

Vf. hat, durch eine diesbezügliche Mittheilung von Tuffier angeregt, am Maternity-Hospital zu New-York Cocaïneinspritzungen in den subarachnoidalen Raum während des Geburtsverlaufes vorgenommen und bezeichnet die Wirkung als geradezu überraschend. Die so behandelte Kreissende liegt ruhig im Bette, gibt keinerlei Schmerzensäusserungen von sich und ist über die Geburt des Kindes fast in gänzlicher Unkenntniss, d. h., sie sagt aus, dass sie beim Kindesaustritt nicht mehr als ein unbestimmtes Gefühl wahrgenommen habe. Zum Injiciren selbst verwendet der Vf. eine Spritze, wie sie zu subcutanen Injectionen verwendet wird, mit einer Canüle, die 10 cm lang ist. Beides wird vor der Verwendung durch Auskochen sterilisirt. Der Vorgang bei der In-

jection ist folgender: Die Frau wird mit gekrümmtem Rücken in die Seitenlage gebracht und der Dornfortsatz des 4. Lendenwirbels mit dem Daumen markirt. Diesen findet man, indem man sich die tiefe Einsenkung zwischen letztem Lenden- und erstem Kreuzbeinwirbel aufsucht. Hat man es mit sehr fetten Frauen zu thun, so hilft man sich auf die Weise, dass man die obersten Punkte der Crista ilei durch eine Linie verbindet, welche durch die Mitte des 4. Lendenwirbels geht. Etwa 1 cm nach vorn und aussen von dem so fixirten Punkte sticht man in einem Winkel von 165° die Nadel ein in der Richtung von unten aussen nach oben innen. Stösst man auf den Wirbelbogen, so verschiebt man die Spitze solange, bis sie in einen Zwischenraum gleitet, und zwar entweder zwischen 4. und 5. oder 3. und 4. Lendenwirbel und ohne Widerstand tiefer eingestochen werden kann. Abfluss einer geringen Menge von Spinalflüssigkeit ist das Zeichen, dass sich die Spitze der Nadel im subarachnoidalen Raume befindet. Nun spritzt man von der in der Spritze befindlichen 1%igen Cocaïnlösung 1 cm³ ein (= 0·01 g Cocaïn). Vf. sah wohl, in übereinstimmender Weise mit Tuffier, keine schweren Zufälle danach auftreten, doch pflegten sich am Abend nach der Injection eine ganze Reihe von unangenehmen Symptomen einzustellen, so Uebelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz, Frösteln, Pulsbeschleunigung und Temperatursteigerung geringen Grades. Dieselben Erscheinungen konnte man auch beobachten, als irrthümlicher Weise in einem Falle statt der Cocaïn- eine Salzlösung eingespritzt wurde, woraus der Vf. den Schluss zog, dass die oberwähnten Erscheinungen nicht auf das Cocaïn als solches zurückzuführen sind, sondern auf die Druckschwankungen in der Cerebrospinalflüssigkeit, umsomehr, da Sepsis sicherlich in allen Fällen ausgeschlossen werden konnte. Im Uebrigen gehen diese Erscheinungen, ohne irgend welche Nachtheile nach sich zu ziehen, rasch vorüber, so dass sie gar nicht weiter berücksichtigt zu werden brauchen. In einzelnen Fällen wurde vom Vf. etwas Nitroglycerin allein oder zusammen mit Morphium gegeben. Die austreibenden Kräfte wurden jedoch, was ja die Hauptsache ist, niemals in irgend einer Weise beeinträchtigt, und die schmerzstillende Wirkung der Injection trat in kürzester Zeit, d. i. nach 7—12 Minuten, ein und hielt etwa drei Stunden lang continuirlich an. — (Med. news 1900.)

Königstein.

Urologie.

Die Erfolge der Nierenchirurgie. Von Dr. V. Schmieden.

Ausgehend von dem reichen Materiale Schede's aus Hamburg und Bonn, liefert Vf. eine Statistik der Nierenchirurgie, welche sich auf die letzten drei Jahrzehnte erstreckt. Die Erfolge werden, angefangen von der ersten, im Jahre 1869 ausgeführten Nierenexstirpation (durch Gustav Simon), nach Decennien geordnet, bis 1900 in Berücksichtigung gezogen. Ein richtiges Bild der heutigen Leistungen vermag nur aus der Betrachtung der verbesserten Zahlen des letzten Decenniums hervorzugehen. Der Ueberblick erstreckt sich im Ganzen auf 2001 Nierenoperationen, und zwar auf 1118 Nephrektomien, 700 Nephrotomien, 54 Pyelolithotomien, 34 Nierenresectionen, 141 Spaltungen paranephritischer Abscesse, 53 Probefreilegungen ohne Nierenschnitt. Ausgezogen erscheinen nur solche Operationsfälle, bei welchen sich die Jahreszahl, der Operateur, die Indication, die Operationsmethode, das Geschlecht und Alter des Patienten, sowie der Heilerfolg, respective die Complicationen oder der Tod angegeben finden.

Was die Statistik der Eingriffsart betrifft, so scheint die vielumstrittene Frage jetzt mit aller Entschiedenheit zu Gunsten des Lumbalschnittes entschieden zu sein, obwohl immer noch begeisterte Anhänger des Bauchschnittes, wie Trendelenburg und Thornton, für die abdominale Methode eintreten. Von 1118 Nephrektomien wurden ausgeführt:

lumbal	 722,	geheilt . . 557,	gestorben . . 165	= 22·9%	Mortalität
abdominal	. . . 365,	„ . . 234,	„ . . 131	= 33·2%	„
sacral	 1,	bei Dystopsia renis congenita			
vaginal	 1				
unbestimmt	. . 29				

Unter 700 Nephrotomien wurden ausgeführt:

lumbal	 626,	geheilt . . 524,	gestorben . . 102	= 16·3%	Mortalitä
abdominal	. . . 57,	„ . . 40,	„ . . 17	= 29·8%	„
unbestimmt	. . 17				

Die Erfolge stellen sich bei diesen beiden Methoden, nach einzelnen Jahrzehnten gesondert, folgendermassen dar:

Lumbale Methode.

I. Jahrzehnt	. . 23	geheilt, 18	gestorben	= 43·9%	Mortalität
II. „	. . 231	„ 85	„	= 26·9%	„
III. „	. . 303	„ 62	„	= 17·0%	„

Abdominale Methode.

I. Jahrzehnt . . 18 geheilt, 22 gestorben = 55·0% Mortalität
II. „ . . 83 „ 77 „ = 48·1% „
III. „ . 133 „ 32 „ = 19·4% „

Ein lehrreiches Gebiet liefert auch das Studium der Todesursachen, welches Sch. unter zehn Gruppen anführt. Bei 1118 Nephrektomien starben 301, und zwar an folgenden Todesursachen:

	In Summa	Bei 722 Lumbal-Operationen	Bei 365 Abdominal-Operationen
1. Krankheit der anderen Niere, Anurie, Urämie . .	56	45	11
2. Collaps, Choc	91	42	49
3. Tod in operatione	2	1	1
4. Erschöpfung, Eiterung, Amyloid	13	8	5
5. Peritonitis	30	3	27
6. Sepsis, Pyämie	15	11	4
7. Verblutung, Nachblutung	8	2	6
8. Rapide Verallgemeinerung des Leidens	13	11	2
9. Fehlen oder congene Atrophie der anderen Niere	7	3	4
10. Intercurrente andere Leiden	28	19	9
Unbekannt	38	—	—

Während also Todesursache 1, 3, 4, 6, 8, 9, 10 in ihrer Häufigkeit annähernd der Anwendungsfähigkeit beider Methoden entsprechen, überwiegt bei abdominaler Methode die Mortalität an Collaps, Peritonitis und Verblutung.

An Collaps allein starben von 722 lumbal Operirten . . . . . 42 = 5·8%
„ „ „ „ „ 365 abdominal „ . . . . . 49 = 13·4%
An Peritonitis allein starben von 722 lumbal Operirten . . . 3 = 0·4%
„ „ „ „ „ 365 abdominal „ . . . 27 = 7·1%
An Blutung allein starben von 722 lumbal Operirten . . . . 2 = 0·3%
„ „ „ „ „ 365 abdominal „ . . . . 6 = 1·6%

Umgekehrt ist die Todesursache 1 häufiger bei lumbaler Methode:

An Krankh. der and. Nieren starben von 722 lumbal Operirten 45 = 6·2%
„ „ „ „ „ „ „ 365 abdominal „ 11 = 3·0%

Nach Sch.'s Ueberzeugung ist die grosse Reihe von 27 tödtlich verlaufenden Peritonitisfällen, bei 365 abdominalen Nephrektomien, grösstentheils nicht enstanden durch Infection des Bauchfelles bei der Operation, sondern durch secundäre Infection von

einem eitrigen Exsudat aus, das sich zunächst retroperitoneal, d. h. *hinter* der frischen parietalen Bauchfellnaht im Operationsfelde gebildet hatte.

Was die Methode der lumbalen Nierenfreilegung betrifft, so unterliegt dieselbe nur geringen Abänderungen. Schede wählt nur zur Nephropexie einen kurzen Längsschnitt, zu allen anderen Eingriffen einen Schrägschnitt, der in ganzer Ausdehnung sogleich auf die Nierenfettkapsel geführt wird.

Von besonderer Wichtigkeit erscheint die Frage nach der Entstehung, respective Heilung von zurückbleibenden Fisteln nach Nierenoperationen. Unter 1118 Nephrektomien zählte Sch. 817 Heilungen, darunter 28 mit Fisteln (= 2·5% aller Nephrektomien). Ein viel höheres Procentverhältniss von Fistelbildung ist bei den conservativen Nierenoperationen zu constatiren, insbesondere bei der Nephrotomie und Pyelotomie. Es sind hiebei zweierlei Misserfolge zu unterscheiden. 1. Die Heilung geht mit Fistelbildung einher. 2. Die Heilung kommt gar nicht zustande, so dass secundär nephrektomirt werden muss.

Von 700 Nephrotomien wurden

völlig geheilt	312 = 44·6%	
mit Fistel geheilt	141 = 20·1%	37·3%
mussten secundär nephrektomirt werden	120 = 17·2%	
starben	127 = 18·1%	

Also etwa 37·3% Fistelbildung.

Von 54 Pyelotomien wurden

völlig geheilt	36 = 66·7%	
mit Fistel geheilt	12 = 22·2%	22·2%
mussten secundär nephrektomirt werden	0 = 0 %	
starben	6 = 11·1%	

Also 22·2% Fistelbildung.

Von 34 Nierenresectionen wurden

völlig geheilt	20 = 58·8%
mit Fistel geheilt	4 = 11·8%
mussten secundär nephrektomirt werden	6 = 17·6%
starben	4 = 11·8%

Also 29·4% Fistelbildung.

Die meisten Urinfisteln bleiben nach Nephrotomie wegen Sackniere zurück. Eine Anzahl von Fisteln (22·2%) resultirte auch nach Pyelotomie, so dass zu dem Vorschlage Veranlassung vorlag, der Nephrotomie gegenüber der Pyelolithotomie den Vorzug zu geben, zumal, wie I s r a e l es deutlich ausspricht, bei diesem

Eingriffe, nebst Umgehung der Gefahr einer Fistelbildung, auch das Nierenbecken viel besser übersehen und ausgetastet werden kann und hiedurch selbst kleine Concremente nicht zu übersehen sind.

Von den einzelnen Operationen wären anzuführen: die Nephrektomie. Bei diesem Eingriffe wurden 817 von 1118 = 73·1% geheilt, 301 = 26·9% starben im Anschluss an die Operation, dabei ging die Mortalität, nach Jahrzehnten geordnet, von 50·6—17·4% herab. Von den 1118 Nephrektomirten waren 399 = 37·1% Männer, 676 = 62·9% Frauen, 43 unbestimmt. Darunter waren 175 Kinder, die das Alter von 15 Jahren noch nicht erreicht hatten. Die Kindersterblichkeit ist im Durchschnitt (28·6) unwesentlich höher, als bei Erwachsenen (26·9). Auch hier ist mit den Jahrzehnten ein wesentlicher Fortschritt zu constatiren. Unter Schede's 92 Nephrektomien kamen in 24 Fällen folgende Todesursachen vor: zweimal Krankheit der anderen Niere, Anurie, Urämie, sechs Collaps, Choc, ein Tod in operatione, drei Erschöpfung, Eiterung, Amyloid, vier Peritonitis, achtmal Verblutung, einmal Sepsis, Pyämie, vier rapide Verallgemeinerung des Leidens, einmal Fehlen der anderen Niere.

Die Nierenexstirpation wegen malignen Tumors ist in der Literatur 329 Mal verzeichnet und findet bei dieser Läsion ihre wichtigste und unanfechtbarste Indication. Es handelte sich um 102 Männer, 110 Frauen und 117 Kinder unter 15 Jahren. Die Mortalität = 22%, gegen 64·3% im ersten Jahrzehnt der Anwendung dieses Verfahrens.

Von 221 operativen Heilungen nach bösartigen Neubildungen ist das weitere Schicksal der Operirten in 124 Fällen bekannt. Es starben an Recidive oder Metastasen im ersten Jahre nach dem Eingriff 68 und 12, 3, 1, 1 im zweiten, respective bis zum fünften Jahre. Völlige Gesundheit konnte constatirt werden 1—2 Jahre post operationem in zwölf Fällen, während 2—3 Jahre ebenfalls in zwölf Fällen, während 9—10 Jahre in zwei Fällen. Demnach konnte völlige Gesundheit ohne Auftreten von Metastasen drei Jahre und darüber post operationem in 20 Fällen nachgewiesen werden = 6·1% aller Fälle. Es lebten noch ein Jahr post operationem 61 = 18·5% aller Operirten. Es handelte sich um 153 Sarkome, 112 Carcinome, 28 Strumae suprarenales.

Die Nierenexstirpation wegen Tuberculose erfolgte in 201 Fällen. Auch hiebei überwiegen in geradezu auffallender Weise die Frauen, 49 Männer, 144 Frauen, 8 Kinder. Facklan

hat ausgerechnet, das 70% aller Fälle von Nierentuberculose auf das weibliche Geschlecht fallen. Das Alter von 20—40 Jahren ist das bevorzugte. Nur in etwa 60% der Fälle gelang es, die Diagnose vorher mit Bestimmtheit zu stellen.

Von den 201 Fällen überlebten den Eingriff 142 = 70·6%, im Anschlusse an die Operation starben 59 = 29·4%. Die Hydronephrose erforderte die Nierenentfernung 124 Mal (29 Männer, 79 Frauen, 16 Kinder). Es überstanden die Operation 101 = 81·5%. Es starben nach dem Eingriff 23 = 8·5%. Unter den 124 Fällen kamen folgende Complicationen vor: 96 einfache Hydronephrosen, 9 Hydronephrosen bei Wandernieren, 6 infolge von Steinverschluss, 5 intermittirende Formen, 2 Hydronephrosen der einen Hälfte einer Hufeisenniere, 4 traumatisch entstandene Hydronephrosen, 1 geplatzte Hydronephrose und 1 Hydronephrose complicirt mit Adenom.

Für die Beurtheilung der Nierenexstirpation wegen Pyonephrose stehen aus der Literatur 138 brauchbare Resultate zur Verfügung. Wiederum waren es weit mehr Frauen als Männer (40 Männer, 92 Frauen, 6 Kinder). Geheilt wurden 106 = 76·8%, gestorben sind 32 = 23·2%. Pyelonephritis und Nephrolithiasis erheischten 108 Mal die Nephrektomie, von welchen 23 Fälle reine, d. h. nicht vereiterte Steinnieren betrafen. Der Eingriff kam fast nur auf lumbalem Wege zur Ausführung. Die Mortalität betrug 33·3%; operirt wurden 49 Männer, 56 Frauen, 3 Kinder.

Des weiteren erfolgte die Nierenexstirpation wegen Nierenverletzung 47mal mit 23% Heilung; wegen Ureterfisteln, bezw. nach operativer Ureterverletzung, 39mal mit 82·1% Heilung; wegen kleincystischer Nierenentartung 26mal, lumbal 13mal mit 76·9% Heilung; 12mal abdominal mit 66·7% Heilung; wegen solitärer Nierencyste 11mal mit 63·3% Heilung; wegen gesunder Wandernieren 25mal (3 Männer, 22 Frauen) mit 68% Heilung; wegen gutartigen Tumors 24mal mit 87·5% Heilung; wegen unilateraler Hämaturie und Nephritis 16mal mit 81·3% Heilung; wegen Echinococcus 14mal mit 71·4% Heilung.

Die Nephrotomie kam in 700 Fällen mit einer Mortalitätsziffer von 18·1% vor. Operirt wurden 214 Männer, 356 Frauen und 36 Kinder. Der Eingriff war indicirt wegen Pyonephrose, Nephrolithiasis, Pyelonephritis, Hydronephrose, Verletzung, Nierencyste, Hufeisenniere und Aktinomykose.

Die Pyelolithotomie wurde 54mal bei 26 Männern, 28 Frauen ausgeführt. Die Nierenresection 34mal mit 58·8% völliger Heilung und 11·8% Heilung mit Fistelbildung. Die Probefreilegung ohne Nierenschnitt erwies sich in 53 Fällen angezeigt, mit Beseitigung der Klagen in 73·6%; geheilt ohne Beseitigung der Klagen in 11·3%. Die Spaltung paranephritischer Abscesse verfügt über eine Statistik von 141 Fällen. Es wurde nur lumbal operirt (75 Männer, 48 Frauen, 18 Kinder). Völlig geheilt wurden 44·7%,mit Fistelbildung 8·5%. Die Nephropexie führte Schede 38mal aus, die alle zur Heilung kamen. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1902. N.

Das infiltrirte Carcinom der Blase. Von Prof. Englisch.

Diese Krebsform besteht darin, dass sich die Krebsmassen zwischen die Muskelbündel einlagern und erst spät Veränderungen der Blasenschleimhaut und des perivesicalen Zellgewebes hervorrufen. Diese Krebsart ist stets primärer Natur. Die Blase stellt dabei eine harte, von aussen fühlbare unverschiebliche Geschwulst dar. Nach dem Katheterismus, wobei nur wenig Urin entleert wird, verkleinert sie sich nicht. Die Blasenhöhle ist verkleinert. Da die Blase sich nicht genügend ausdehnen kann, so besteht schmerzhafter Harndrang. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Phlegmone des Cavum praevesicale, Hypertrophie der Blasenmusculatur, Carcinom der Prostata; die Prognose ist ungünstig. Die Therapie kann nur in der Resection per sectionem altam bestehen. Je ausgebreiteter der Krebs ist, umsomehr muss resecirt werden. Sind bereits Drüsen längs der Wirbelsäule oder der Vena, resp. Art. iliaca communis nachweisbar, so ist von der Operation Abstand zu nehmen. Palliativ ist eine Blasenbauchfistel anzulegen. — (Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- und Sex.-Org. Nr. 8, 1901.) N.

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber die Anwendung des Menthol-Jodols in der rhino-laryngologischen Praxis. Von Dr. Alois Joris.

Das Jodol (Tetrajodpyrrol) ist seit vielen Jahren als ein ausgezeichnetes, nicht reizendes, geschmack- und fast geruchloses Antisepticum bekannt und wurde deshalb auch bald in die rhino-laryngologische Praxis eingeführt, zumal es auch keine Intoxications-

erscheinungen hervorruft. Schäffer hat dann ein äusserst feinkörniges Jodol mit 1% Mentholzusatz mit sehr gutem Erfolge angewendet. J. hat dieses Menthol-Jodol in ausgedehnter Weise in der rhino-laryngologischen Praxis verwendet und dabei gefunden, dass der, wenn auch schwache, doch immerhin unangenehme Jodolgeruch durch das Menthol vollkommen gedeckt wird, dass das Präparat antiseptische Eigenschaften vielleicht in noch höherem Grade besitzt, als Jodol allein, dazu noch eine eigenthümlich erfrischende und schmerzstillende Wirkung hat und keine Störungen der Verdauung hervorruft. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 15, 1901.) Weil.

Zur acuten Cocaïnintoxication. Von Dr. E. Barth.

B. beschreibt einen sehr schweren Fall von Cocaïnintoxication (nach Einpinselung von etwa 0·07 g Cocaïn als 20%ige Lösung in den Nasenrachenraum) mit Krämpfen, Bewusstlosigkeit, Pulsverlangsamung u. s. w.), der erst nach 3—4 Tagen vollständig wieder hergestellt war, und kann in solchen Fällen nur eine Idiosynkrasie annehmen. Deshalb räth er im Allgemeinen, nicht sofort die stärkste anzuwendende Lösung in Gebrauch zu nehmen, sondern gleichsam versuchsweise erst mit schwächeren zu beginnen und bei Individuen, die schon einmal an Krämpfen gelitten haben, mit besonderer Vorsicht vorzugehen, da solche nach Lewin's Angaben bei Cocaïnvergiftung zu Krämpfen besonders disponirt sind. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 15, 1901.) Weil.

Gibt es eine isolirte Lähmung des M. cricothyreoideus? Von Dr. W. Lublinski.

Die meisten Autoren nehmen die Existenz einer isolirten Lähmung des M. cricothyreoideus an, manche aber, darunter Schrötter, leugnen dieselbe. Auch über das laryngoskopische Bild, über die Stellung des erkrankten Stimmbandes zu dem gesunden u. s. w. sind die Angaben nicht übereinstimmend. L. berichtet über vier genau beobachtete Fälle dieser Art und entwickelt aus der Anatomie und Physiologie heraus die Symptome und das Spiegelbild dieser Affection. Alle betrafen Individuen in den Zwanzigerjahren, dreimal war Diphtherie vorhergegangen. Die Stimme wird tiefer, nimmt nach oben an Umfang ab, wird rauh und unrein; der aufgelegte Finger fühlt bei der Phonation die Spannung des Muskels nicht mehr. Das Stimmband hat infolge seiner verminderten Spannung eine wellige Form, der Aryknorpel

ist nach aussen und hinten gedreht und die Stimmritze steht etwas schief, mit dem hinteren Ende nach der erkrankten Seite hin verschoben. Bei ruhiger Inspiration steht das betreffende Stimmband etwas weiter auswärts als das andere, bei tiefem Einathmen aber gleicht sich dies wieder aus. Bei Ueberanstrengung der so erkrankten Stimme entsteht aber in der Folge eine Lähmung des M. vocalis derselben Seite, wonach dann die Lähmung des M. cricothyreoideus leicht übersehen werden kann. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 26, 1901.) Weil.

Erkrankungen der Nasenschleimhaut als Gewerbekrankheit der Drechsler. Von Dr. Rudolf Blum.

B. hatte Gelegenheit, die Arbeiter einer Stockdrechslerei in der Nase zu untersuchen. In diesen Betrieben werden die Stöcke in die sogenannte Kalibeize (eine 10%ige Lösung von doppelchromsaurem Kali) gebracht, dann getrocknet und auf Schmirgelscheiben geschliffen. Hiebei findet nun eine intensive Staubentwicklung statt, welche durch Exhaustoren nicht vollkommen paralysirt werden kann. Es werden also feinste Kryställchen von Kaliumbichromat fortwährend eingeathmet. Dadurch entstehen in dem vorderen Theile der Nase (die hinteren Partien bleiben meist intact) diphtherieähnliche Beläge, später Geschwüre, welche namentlich am Septum zu Perforationen und selbst zu ausgedehnten Substanzverlusten führen, Alles aber ohne Schmerzen und ohne Störung des Allgemeinbefindens. Dabei sind die einzelnen Arbeiter von sehr verschiedener Empfindlichkeit; während manche schon nach einigen Tagen hochgradig erkrankt sind, scheinen andere gegen den Chromstaub sozusagen immun zu sein. Prophylaktisch benützen die Arbeiter in Essig getauchte Lappen, welche sie vor Mund und Nase binden; ob dies auch genügend wirksam ist, kann B. nicht angeben. Die Therapie besteht in Spülungen, Glycerintampons u. s. w., analog der Ozaenabehandlung. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 6, 1901.) Weil.

Gegen das Anlaufen der Spiegel bei Untersuchungen im Nasenrachenraume. Von E. Urbantschitsch.

Eine im Laboratorium des Dr. F. Fuchs hergestellte Seifencomposition, das Lasin, hat die Eigenschaft, die 500fache Menge Wasserdampf aufnehmen zu können; wenn man also einen rhino- oder laryngoskopischen Spiegel vor der Einführung in die Mundhöhle, anstatt ihn zu erwärmen, mit Lasin in dünner Schichte be-

streicht, und dieses sanft verreibt, bleibt er blank und läuft nicht an. Man kann ihn so sehr lange benützen und selbst, wenn er mit Speichel benetzt wurde, ist er nach leichtem Abwischen wieder gebrauchsfähig. Das Lasin ist in Bleistiftform gefasst und nur an der Spitze zum Anstreichen zu benützen, daher sehr bequem zu gebrauchen und sehr lange haltbar. Vor der früher zum gleichen Zwecke angerathenen Schmierseife hat es den Vorzug der Geruch- und Geschmacklosigkeit; auch ist es vollkommen aseptisch. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 6, 1901.) Weil.

Ueber Jodothyrin. Von Dr. E. Hoenigsschmied.

H. berichtet über zwei schwere Fälle von Struma parenchymatosa mit Trachealcompression bei älteren Individuen, in denen er durch interne Anwendung von Jodothyrin vorzügliche Erfolge erreichte. Beginn mit einer Pastille à 0·3 täglich, ansteigend bis vier Stück. Die Strumen verkleinerten sich sehr stark, die harten Lappen wurden weicher, die Athmung wurde frei; unangenehme Nebenerscheinungen blieben vollständig aus. — (Aerztl. Central-Ztg. Nr. 6, 1901.) Weil.

Ueber das zweihändige Operiren im Kehlkopfe. Von Dr. M. Paunz.

Versuche mit selbsthaltenden Kehlkopfspiegeln, bei deren Anwendung der Operateur beide Hände frei hat, wurden wiederholt gemacht, aber nicht weiter verfolgt. P. construirte einen neuen Apparat dieser Art, einen querovalen Rahmen, innerhalb dessen fixirbare Kugelgelenke zum Festhalten des Spiegels angebracht sind. Der Apparat belästigt wenig, denn er wird nicht gewaltsam nach Art eines Mundspiegels eingeführt, sondern der Kranke hält ihn selbst im Munde. (Es ist in der That von grossem Vortheile, wenn der Operateur die linke Hand zum Aufheben der Epiglottis benützen, oder auch manchmal — bei ungeschickten Patienten — wenn er die Zunge des Kranken selbst halten kann; doch wird sich im Allgemeinen nur sehr selten die Nothwendigkeit derartiger Vorrichtungen ergeben. Ref.) — (Wien. klin. Rundsch. Nr. 3, 1901.)
Weil.

Ohrenheilkunde.

Ueber die Exenteratio cavi tympani zu akustischen Zwecken. Von Prof. Dr. J. Gradenigo.

Die günstigen Resultate bei der Exenteratio cavi tympani (d. h. bei Entfernung des Trommelfelles, des Hammers, des Ambosses und möglicherweise auch des Steigbügels) werden bei den Ausgängen der eitrigen Mittelohrentzündung, in denen eine partielle Zerstörung des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen stattfindet, erzielt. Gute Resultate erhält man auch in jenen Fällen, in denen gleichfalls Ausgänge einer eitrigen Mittelohrentzündung bestehen, aber ohne charakteristische Alteration des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen. Bei den trockenen Formen der Mittelohrentzündung sind die Erfolge gewöhnlich weniger zufriedenstellend. Einen sehr bedeutenden Einfluss auf den definitiven Ausgang hat die postoperative Behandlung. — (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 54 u. 55.)

Die Entzündungen des Mittelohres und ihre Behandlung. Von A. Jansen.

Vf. beschreibt die acute Mittelohrentzündung, die Otitis media acuta suppurativa, den Tubenkatarrh und die chronische eitrige Mittelohrentzündung. Ueber die in jüngster Zeit von mancher Seite in ihrem grossen Werthe herabgesetzte Paracentese schreibt der Autor: Wenn man vielfach Zeuge gewesen ist der grossen Erleichterung, welche die Kranken sofort nach dem Durchbruch des Trommelfelles erfahren haben, so kann man seine Aufgabe nicht darin suchen, den Spontandurchbruch zu verhüten und die künstliche Perforation nach Möglichkeit einzuschränken, ja womöglich ganz zu vermeiden. Zu der modern gewordenen Trockenbehandlung des Ohres bei eitriger Mittelohrentzündung sagt J.: Ich kann mich nicht Denen beigesellen, welche die Spülungen auf die Proscriptionsliste gesetzt haben, erblicke vielmehr in dieser Methode der Reinigung die schonendere und bei einer profusen Eiterung wohlthuendere, als wenn die ganze Menge Eiters während 24 Stunden im Gehörgangstampon und in dem nur ungenügend aufsaugenden Verbande herumgetragen werden muss. Die Blutentziehungen und Eisbeutel ersetzt Vf. im schmerzhaften Stadium des acuten Katarrhs durch heisse Umschläge. Von Leinsamenmehl wird ein Brei gekocht, der Brei in

ein kleines Tuch eingeschlagen, um dieses kleine Päckchen kommt eine Hülle von Billrothbattist. Je nach dem Sitze der Schmerzhaftigkeit wird der Umschlag auf oder hinter die Ohrmuschel gelegt. Die Ohrmuschel schützt man vor Verbrennen durch Bedecken mit Watte. Der Umschlag bleibt 20—30 Minuten warm und wird dann durch einen frischen ersetzt. In der Nacht soll der Umschlag durch einen Priessnitzumschlag von 3—5%iger essigsaurer Thonerde ersetzt werden. Zur localen Anästhesie zwecks Ausführung der Paracentese empfiehlt J. einen in 10%iger Cocaïnlösung (Spiritus und Anilinöl zu gleichen Theilen) getränkten Wattebausch für die Dauer einer Viertelstunde gegen das Trommelfell zu drücken. — (Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrh.)

Kinderheilkunde.

Die operative Beseitigung der Intubationsstenosen des Larynx und der Trachea bei Kindern. Von Dr. Friedrich Pels-Leudsen.

Die Intubationsstenosen haben in den meisten Fällen ihren Sitz in der unteren Partie des Kehlkopfes, in der Gegend des Ringknorpels und im angrenzenden Theil der Trachea. Als Therapie wurde die Resection der verengten Partie empfohlen (Bokay). An der Klinik des Geheimrathes König wurden bisher drei Fälle nach dieser Methode behandelt, deren Krankengeschichten Autor wiedergibt.

Die Kinder waren wegen diphtherischer Larynxstenose zunächst intubirt, dann nach vergeblichen Extubationsversuchen tracheotomirt worden. Das Decanulement scheiterte später und es bildeten sich nach und nach so hochgradige und derbe Stricturen aus, dass kaum noch eine feine Knopfsonde von der Tracheotomiewunde aus die verengte Stelle passiren konnte. Es blieb nur eine quere Resection der Trachea, bezw. des Larynx übrig. Von den drei so behandelten Kindern starb eines, zwei wurden geheilt.

Das Verfahren gestaltet sich folgendermassen:

Act 1. Freilegung der stenosirten Stelle und Resection derselben, bis normales Lumen und normale Wandbeschaffenheit nach oben und unten zum Vorschein kommt. Danach Vereinigung der beiden Enden hinten mit Catgut, seitlich mit Seidennähten, so dass eine Rinne entsteht, in welche man gut einen Finger hineinlegen

kann. Spaltung der Trachea nach unten und Einlegen einer gewöhnlichen Canüle. Tamponade des Kehlkopfes mit Jodoformgaze. Später Bougiren mit geknöpfter Canüle.

Act 2. Nach Heilung der Nahtstelle, welche in etwa vier Wochen erfolgen wird, Einlegung einer Schimmelbusch-schen Canüle, welche alle 8—10 Tage zu wechseln ist, und monatelang liegen bleiben muss, bis sich ein dauernd constantes Lumen gebildet hat. Die Gefahr des Decubitus ist in diesem Stadium keine sehr grosse mehr.

Act 3. Entfernung der Schimmelbusch'schen Canüle und Behandlung mit gewöhnlichen Fenstercanülen, bis die Gewissheit vorhanden, dass die Mundathmung frei ist und bleibt, sonst nochmaliges Canulement mit Schimmelbusch, im Nothfall Längsspaltung von Kehlkopf und Trachea mit Aufsuchung und Beseitigung des Hindernisses.

Act 4. Definitives Decanulement, danach bleibt das Kind noch eine Zeit lang im Krankenhause, ehe es entlassen wird. — (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 55, H. 4.)

Zur Therapie des Croups. Von Dr. L. Bayer.

Autor ist zur Ueberzeugung gekommen, dass die interne Behandlung des Croups nicht machtlos ist. Speciell eine combinirte Behandlung mit Kalomel und Apomorphin hat ihm gute Resultate geliefert. Er verordnete: I. Rp. Hydrargyr. chlor. 0·16, Sacchar. 2·0, in dos aequ. Nr. VIII. S. Zweistündlich ein Pulver. II. Rp. Apomorph. hydrochlor. 0·01, Aq. destill. 100·0, Acid. hydrochlor. gtt. II, Syrup. simpl. 10·0. S. Zweistündlich einen Kaffee- bis Esslöffel voll. Die beiden Medicamente wurden alternirend gegeben, so dass der Kranke in der einen Stunde Kalomel, in der nächsten Apomorphin erhielt.

Oefter als dreimal mussten die Medicamente nie verordnet werden. 0·48 Kalomel und 0·03 Apomorphin waren somit die grössten Quanten. Bei Nachlass der Symptome wurde das Kalomel bald für mehrere Stunden des Tages ausgesetzt. Sehr bald (nach 12 Stunden) macht sich eine Besserung bemerkbar, die rasch Fortschritte macht. B. hat immer (20 Fälle) vorzügliche Resultate erzielt. — (Therap. Monatsh. April 1902.)

Ueber Sterilisation von Säuglingsmilch bei möglichst niedrigen Temperaturen. Von Dr. Erwin Krobak.

Biologische und empirische Thatsachen lassen gegen die Verabreichung der kunstgerecht sterilisirten Kuhmilch an Säuglinge

berechtigte Einwände erheben. Wenn z. B. das Injiciren einer Milchart im Stande ist, die Reactionsfähigkeit des Serums eines fremden Thieres auf diese Milch wesentlich zu beeinflussen (Bordet, Wassermann, Schütze, Moro), so müssen in der injicirten Milch specifische Serumkörper vorhanden sein, die für die Verwerthung in der Nahrung nicht gleichgiltig sein mögen, und deren Abtödtung durch das Kochen wohl seine Consequenzen haben muss. Was die Verdaulichkeit der sterilisirten Milch betrifft, sind manche Pädiater geneigt, dieselbe der rohen Milch weit nachzustellen. Endlich werden scorbutähnliche Erkrankungen (Morbus Barlow) auf Grund von Einzelbeobachtungen und Sammelforschungen auf die Verwendung steriler Kuhmilch und von Milchpräparaten zurückgeführt, ein schlechteres Gedeihen, Blässe und Schlaffheit bei steriler Kuhmilch beobachtet, und auf die Geschmacksverschlechterung der Kuhmilch durch den Sterilisationsprocess Gewicht gelegt. So hat sich im Laufe der Jahre die Anschauung der Kinderärzte dahin gewandt, die Sterilisation der Kindermilch so schonend wie möglich vorzunehmen und die Pasteurisirung der Milch an Stelle des Soxhlet'schen Verfahrens zu setzen.

Autor hat nun einen Pasteurisirungsapparat construirt, der die rationelle Zubereitung der Kindermilch im Hause gestattet. Ein Kochgefäss trägt an einer bestimmten Stelle eine Marke. Bis dahin wird dasselbe mit siedendem Wasser, dem hernach 1 l kaltes Leitungswasser zugefügt wird, gefüllt. Jetzt erst kommt der Einsatz mit den Milchflaschen in das Wasserbad, wodurch innerhalb fünf Minuten eine Anfangstemperatur von 65° in den Flaschen erzielt wird. Die Temperaturconstanz, resp. ein Temperaturabfall auf nicht unter 60° während 1½ Stunden wird dadurch erhalten, dass das Gefäss über einen in der Mitte eines runden Untersatzes befindlichen Rost gestellt wird, auf dem drei Stück Dalli-Glühkohle mittels Spiritusflamme zum Glühen gebracht worden sind. Thermometercontrole ist nicht erforderlich.

Die bacteriologischen Versuche gaben die günstigsten Resultate betreffs Abtödtung der Keime. Z. B. Temperatur der Milch nach 60 Minuten langem Aufenthalt im Apparat 62°, nach 1½ Stunden 58°. Plattenverfahren nach 1½ Stunden angestellt: in 1 Tropfen, 5 und 10 Tropfen 0 Colonien. In der nicht pasteurisirten Rohmilch: Zahllose Keime. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9, 1902.)

Die Behandlung des Scharlachs mit Reconvalescentenserum.
Von Ernst v. Leyden.

Gewisse Krankheiten lassen nach ihrem Ablauf Immunstoffe im Blute zurück, die eine ausgesprochene Immunität gegen eine nochmalige Erkrankung bewirken. Derart sind die Variola, Masern, Scharlach. Es lag nahe, mit dem Reconvalescentenserum nach solchen Krankheiten Versuche anzustellen. Für Pneumonie, Masern und Scharlach hatten schon vor einigen Jahren einzelne Versuche günstige Ergebnisse geliefert. Die Versuche bei Scarlatina wurden nach längerer Pause wieder aufgenommen. In Verwendung kam das Serum von erwachsenen Reconvalescenten, die jüngsten waren 12 Jahre. Von Erwachsenen ist es leicht, eine genügende Blutmenge zu entziehen, um eine für mehrere Kinder hinreichende Serummenge zu erhalten.

v. Leyden war bei den therapeutischen Versuchen anfangs vorsichtig und injicirte den Patienten zuerst 10, dann 12, zuletzt immer 20 cm^3. Zu den im Jahre 1896 von Huber und Blumenthal veröffentlichten Fällen sind drei neuere hinzugekommen. Von den ersten 15 Fällen ist einer als zur Verwerthung nicht geeignet in Abzug zu bringen, drei zeigten eclatante, neun geringere Wirkung. Der lytische Temperaturabfall, den man gewöhnlich am 6. oder 7. Tag beobachtet, begann unter diesen einmal am 3., zweimal am 4., viermal am 5. und zweimal am 6. Tage. Die Temperatur war dreimal am 5. Krankheitstage, je zweimal am 6., 7., 8. und 9. Tage, und einmal am 10. Tage zur Norm gesunken (normalweise am 9., 10. oder 11. Tage), und zwar folgte der lytische Abfall der ersten Injection siebenmal am 1. und zweimal am 2. Tage nach.

Unmittelbar nach der Injection wurde nicht selten, ausgeprägt etwa in der Hälfte der Fälle, eine schnell vorübergehende Steigerung der Temperatur beobachtet. Das Exanthem schritt nach der Injection noch in sechs Fällen in den nächsten Tage etwas fort. Ernste Nachkrankheiten wurden nicht beobachtet, keine Nephritis, dreimal etwas Gelenkschmerzen, einmal Polyarthritis mit Endokarditis, die schon vor der Injection bestanden.

Die drei neueren Fälle ergaben folgendes Resultat: Im ersten Falle am 4. Tage (2. Tage des Exanthems) eine Injection von 20 cm^3, hernach lytischer, constanter Temperaturabfall, am sechsten Tage fieberfrei. Im zweiten Falle 10 cm^3 bei einem 14 Jahre alten Kinde. Der dritte Fall betraf ein Kind unter 14 Jahren mit

Scharlach und echter Diphtherie. 20 cm^3 Scharlachserum und 1500 Einheiten Diphtherieserum am dritten Krankheitstage. Am nächsten Tage fieberfrei.

Was schwere Scharlachfälle betrifft, neigt Autor zur Skepsis, da wohl auch das Reconvalescentenserum, wie das Diphtherieserum (nach Behring) nur im Beginne der Krankheit verlässliche Wirkung entfalten kann. Jedenfalls ist es ungefährlich, da es ja gesunden Menschen entnommen wurde. Weitere Beobachtungen wären jedenfalls erwünscht.

Was die Dosis betrifft, war L. sparsam. Nur einmal wurden 30 oder 40 cm^3 eingespritzt, ohne den geringsten üblen Erfolg. Die Dosis zu berechnen, wie es für Diphtherieserum von Ehrlich geschah, ist derzeit unmöglich. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 73, 1902.)

Hygiene und Krankenpflege.

Die Bedeutung von Ruhe und Bewegung bei der Behandlung Schwindsüchtiger. Von Dr. W. Naegelsbach. (Neue Heilanstalt für Lungenkranke zu Schömberg, Württ. Schwarzwald.)

Ruhe und Bewegung eines Phthisikers richtet sich im Allgemeinen nach den Temperaturverhältnissen, dem vorhandenen anatomisch-klinischen Bild und nach gewissen constitutionellen Factoren. Wenn das Temperaturmaximum 37° um 2—3 Zehntel überschreitet, leitet Vf. die absolute Luftliegecur ein. Spazierengehen ist dann verboten. Fällt das leicht erhöhte Temperaturmaximum in die Nachmittagsstunden, etwa zwischen 4 und 6 Uhr, und sinkt die Körperwärme gegen Abend, so kann der Kranke das Abendessen ausser Bett nehmen. Bleibt dagegen die Temperatur des Abends gleich hoch oder überschreitet sie 37·3, so ist der Beginn der Bettruhe schon vor das Abendessen, auf 5 oder 6 Uhr zu verlegen. Genügt das noch nicht, um einen Abfall zu erreichen, so lässt man auch des Morgens die Bettruhe länger einhalten, etwa bis 9 Uhr; regelmässig thut man dies bei leichtem Typus inversus. Bei stufenweisem Ansteigen des vorher niedrigen Temperaturmaximums, wenn auch nur täglich um 1 Zehntel, bis 37·4 und bei plötzlich auftretendem zweitmaligem Maximum von 37·5 empfiehlt sich die Anordnung absoluter Bettruhe. Sehr häufig ist eine unliebsame Störung im Anzug. Höher Fiebernde gehören überhaupt

ins Bett. Wenn man eine subfebrile Continua, wie sie entstehende Infiltrationen zu begleiten pflegt, wochen- und monatelang erfolglos mit Bettruhe behandelt hat, wenn der Appetit mehr und mehr nachlässt und die psychische Depression sich nicht heben lässt, so legt Vf. den Kranken auf einen Liegestuhl eines bequem zu erreichenden Balcons, vorausgesetzt, dass die Schröder'schen Forderungen erfüllt sind: 1. Fehlen nennenswerther Beschwerden durch das Fieber, wie Frostschauer, Schweisse, auffallende Abgeschlagenheit und Erschöpfung, Zunahme des Hustens im Freien. 2. Dürfen frischentzündliche Veränderungen in den Lungen und anderen Organen nicht vorhanden sein. 3. Darf die Temperatur durch das Aufstehen nicht steigen. 4. Eine Gewichtsabnahme gibt eine Contraindication ab.

Ausgedehnte oder vorwiegend cavernöse Erkrankungen erheischen mehr Vorsicht und Ruhe, besonders wenn sie jüngeren Datums sind, desgleichen Processe mit viel feuchtem Rasseln. Die Spaziergänge werden in solchen Fällen auch bei sonst günstigen Verhältnissen nicht leicht über $^3/_4$—1 Stunde ausgedehnt. In gleicher Weise behandelt man die Bluter, seien Hämophilie oder anatomisch-pathologische Factoren, z. B. Arteriosklerose, der Grund der häufigen Hämorrhagien. Bei activen Blutungen ist therapeutisch absolute Bettruhe mit Weglassung aller hydrotherapeutischen Proceduren und sonstiger den Körper erschütternder Massnahmen allgemein angewandt, womöglich bis das Sputum einige Tage blutfrei ist. Bei offenbaren Stauungsblutungen ist zweckmässig den Kranken vorsichtig gehen und steigen zu lassen bis zu ca. $^1/_2$ Stunde, aber man diagnosticirt die passiven Blutungen nicht so einfach; in typischen Fällen findet sich die Accentuation des Pulmonaltones. Patienten mit schwer sich entleerenden Cavernen und Bronchiektasien lässt man gerne leichte Steigungen von bestimmter Länge überwinden und bezweckt damit, abgesehen von dem allgemeinen Nutzen des Gehens, eine leichtere Expectoration, die dann gelegentlich auch kleine Temperaturerhöhungen zum Schwinden bringt. Besondere Aufmerksamkeit verlangen auch die leicht dyspnoischen Kranken mit erschlaffter Herzmusculatur; langsam gesteigerte Anforderungen beim Gehen kräftigen das Herz und bringen den häufig vorhandenen Stauungskatarrh zum Schwinden, während umgekehrt eine einzige Ueberanstrengung alle Symptome steigern kann, wie dies nicht selten ein anderweitig erworbener Bronchialkatarrh zu thun vermag.

Die constitutionellen Factoren greifen in das Krankheitsbild der Phthise bedeutsam ein. Blutarme brauchen viel Ruhe. Auch die reizbare Schwäche der Nerven fordert mitunter viel Ruhe, und manche Schlaflosigkeit weicht erst, wenn die überreizten Nerven sich unter der eingehaltenen Ruhe erholt haben. Principiell soll das Bestreben sein, muskelkräftige, leistungsfähige Menschen mit ruhig und kräftig arbeitendem Herz und ruhiger, müheloser Athmung heranzubilden, nicht fette, aber herzschlappe Individuen. So unschätzbar die Liegecur zur rechten Zeit ist, so tritt bei den Kräftigeren die Uebungstherapie mehr und mehr in den Vordergrund.

Die Athemgymnastik, durch kritiklose Verwendung in Misscredit gekommen, ist neuerdings auch von Dettweiler für geeignete Fälle warm empfohlen. Verboten ist die Athemgymnastik bei fieberhaften, frischen Processen, acuten Pleuritiden, bei reichlicher flüssiger Absonderung. Zweckmässig ist die Athemgymnastik bei stationären Erkrankungen mit spärlicher Absonderung, besonders bei bestehender oberflächlicher Athmung. Von Spielen ist das Croquet unschuldiger als das Billard. Reiten scheint in stationären Fällen gut ertragen zu werden. Bei Radeln und Rudern ist auch bei relativ Geheilten ein Uebermass schwer zu vermeiden. Günstig ist der Einfluss leichter Arbeit auf den kräftigeren Phthisiker. Geschlechtsruhe ist dem Phthisiker, wenigstens so lange sein Leiden nicht stationär ist, absolut nöthig. In bester Luft und bei bester Ernährung kann der Schwindsüchtige nur dann gesunden, wenn das Regime, wenn besonders die Eintheilung von Ruhe und Bewegung gerade für seine Verhältnisse richtig getroffen ist. — (Zeitschr. f. Krankenpfl. Nr. 2, 1902.)

Kleine Mittheilungen.

Backmann hat Versuche zur Kenntniss der **Darmfäulniss** bei verschiedenen Ernährungsarten angestellt. Dieselben ergaben, dass die Kohlehydrate keine grössere Einwirkung auf diesen Process haben, während Fett eine Steigerung der Fäulniss hervorbringen zu können scheint. Ein Unterschied in dieser Hinsicht zwischen animalischem und vegetabilischem Eiweiss besteht offenbar nicht. Bei ausschliesslicher oder überwiegender Milchdiät wird in der Regel eine relativ geringe Fäulniss hervorgebracht. Je grösser der Eiweissgehalt der Nahrung, desto grösser die Fäul-

niss. Will man aus irgend einem Grunde eine Herabsetzung der Darmfäulniss erzielen, so muss man entweder Milchdiät verordnen oder eine Kost mit herabgesetzter Eiweiss-, relativ geringer Fett- und zur Deckung des Calorienbedarfs hinreichender Kohlehydratmenge geben. — (Zeitschr. f. klin. Med.; Berl. klin. Wochenschr.)

Die viel discutirte Frage nach der **Schädlichkeit des braunen Fleisches bei Nierenerkrankungen** haben Kaufmann und Mohr auf v. Noorden's Veranlassung aufs neue untersucht, nachdem bereits chemische Analysen braunen und weissen Fleisches von Offer und Rosenqvist keine wesentlichen Unterschiede beider Arten ergeben haben. K und M. wiesen durch Stoffwechselversuche nach, dass auch die N-Ausscheidung, sowie der Albumengehalt des Urins keine wesentlichen Differenzen zeigt, gleichviel, ob man weisses oder braunes Fleisch verabreicht. Sie sind daher der Ansicht, dass das Dogma von der besonderen Schädlichkeit der braunen Fleischsorten bei Nierenkranken fallen zu lassen ist, wofür auch die klinischen Erfahrungen v. Noorden's sprechen. Diese Feststellungen gelten nur für die chronischen, nicht für die acuten Nephritiden. — (Zeitschr. f. klin. Med.; Berl. klin. Wochenschr.)

Rolle des Trichocephalus bei der Infection des Processus vermiformis von J. Girard. Metschnikoff hat jüngst die Aufmerksamkeit auf die bedeutsame Rolle der Eingeweidewürmer gelenkt, welche diese Parasiten bei der Entstehung der Appendicitis spielen. Obwohl mehrere Beobachtungen darüber vorliegen, dass Ascariden den Wurmfortsatz durchbohren können und die Würmer frei in der Bauchhöhle gefunden sind und so nun Anlass zu allerhand Entzündungen in der Bauchhöhle geben können, sind viele Autoren auch gegentheiliger Ansicht und leugnen die pathogene Bedeutung der Nematoden überhaupt beim Zustandekommen der Typhlitis. G. führt einen Fall von Bauchfellentzündung an, bei welchem man sich veranlasst sah, den Processus vermiformis zu amputiren und zu entfernen. Er fand in dem Processus vermiformis, zu einem flintenkugelähnlichen Gebilde geformt, zwei Exemplare von Trichocephalus dispar. Was nun als besonders interessant sich hierbei herausstellte, war die Feststellung der Thatsache, dass das Kopfende des Trichocephalus sich tief in die Schleimhaut hineingebohrt und einen Substanzverlust (Geschwür) hervorgerufen hatte, das leicht zur Perforation führen konnte. Dadurch ist die viel umstrittene Frage ge-

löst, dass der Trichocephalus in der That in der Lage ist, die Schleimhaut anzufressen. Bisher ging die Ansicht dahin, dass der Parasit hiezu nicht befähigt sei, sondern lediglich in einer schleimigen Hülle eingebettet auf der Schleimhaut lagere. Weiter wurde nun constatirt, dass in diesem Gewebsverlust infectiöse Organismen aus dem Darm, wie Streptokokken etc., einwandern können und dass der Trichocephalus so als indirecte Ursache für eine Entzündung wirken kann und muss. Die Entstehung einer Appendicitis durch das auch von anderer Seite constatirte Vorkommen des Trichocephalus im Coecum ist also erwiesen, und eine neue Ursache für diese so häufige und verderbliche Krankheit gewonnen. Als praktische Folgerungen ergeben sich aus diesen Feststellungen: 1. in verdächtigen Fällen von Appendicitis die Fäcalien auf Anwesenheit von Helminthen zu untersuchen; 2. in allen Fällen, wo Anlass und Möglichkeit dazu gegeben ist, Wurmmittel zu reichen (Thymol gegen Trichocephalus!); 3. zu vermeiden, Personen, die an sich schon zu Appendicitis neigen, oder gar daran leiden, in Infectionsgefahr durch Nematoden, durch Genuss von rohem Gemüse, Erdbeeren etc., zu versetzen; 4. bei Kindern von Zeit zu Zeit den Stuhl auf Helminthen zu untersuchen, um im Falle der Feststellung auch zur Verhütung von Apendicitis prophylaktisch vorzugehen. — (Annal. de l'Institut Pasteur; Deutsche med. Wochenschr.)

Eine wirksame Behandlung der septischen Endokarditis. Von Prof. Dr. K. F. Wenkebach. Vf. berichtet ausführlich über zwei Fälle von septischer Endokarditis, bei welchen er das Argentum colloidale Credé, Collargol, mit bestem Erfolge angewendet hat. Wenn auch nicht zu leugnen ist, dass das genannte Mittel zuweilen unwirksam bleibt in Fällen, wo man eine Wirkung doch erwarten sollte, wenn also auch die stricte Indication für dieses Mittel noch fehlt, so sprechen doch die beiden Fälle dafür, dass wir im Argentum colloidale Credé ein für den Menschen unschädliches, aber zugleich äusserst wirksames Blutantisepticum besitzen. Namentlich sollte es nach Vf. bei der septischen Endokarditis, wo wir sonst über kein wirksames Mittel verfügen, zeitigst angewendet werden und es ist nicht einzusehen, weshalb man auch bei den ersten Symptomen einer Endokarditis bei acutem Gelenksrheumatismus nicht versuchen sollte, die weitere Ausbreitung des Processes auf diese Weise (durch zeitige Abtödtung der Bacterien) zu verhindern. Im ersten Falle injicirte Wenkebach 12·5 mg

des Metalles in eine oberflächliche Armvene, und zwar als 1%ige Lösung des Collargolum Credé, in den nächsten Tagen je einmal 24—30 mg, im Ganzen neunmal. Im zweiten Falle wurden in eine Armvene 50 mg in 2%iger Lösung eingespritzt, die Injection am nächsten Tage wiederholt, aber weitere Injectionen nicht vorgenommen. Eine ungünstige Reaction blieb gänzlich aus, dagegen verschwand das Fieber und kehrte nicht wieder. Das colloidale Platin ist ein kräftiger Katalysator, d. h., dass Reactionen, welche sonst einen sehr langsamen Verlauf nehmen, in Gegenwart ganz geringer Mengen eines solchen Katalysators blitzartig verlaufen. So wirkt vielleicht auch das colloidale Silber im thierischen Körper als Katalysator, indem durch seine Gegenwart die normalen, aber unzulänglichen bactericiden Eigenschaften des Blutes enorm gesteigert werden. — (Ther. d. Gegenw.; Wien. klin. Wochenschr.)

Ueber Indicationen und Contraindicationen der Magenausspülungen. Boas beklagt es, dass die Magenausspülung, die ursprünglich von Kussmaul nur bei der echten Dilatation angewendet wurde, jetzt fast bei sämmtlichen Magenerkrankungen mindestens einmal probirt wird, wodurch oft mehr Schaden als Nutzen gestiftet wird. Indicirt ist die Magenspülung auch jetzt noch unbedingt bei Dilatation, bedeutend weniger schon bei der sogenannten Atonie. Wenn auch hier vielleicht einige Erleichterung durch die künstliche Entleerung des übermässig lange den Magen belästigenden Chymusbreies gewährt wird, so gibt es doch ein erheblich einfacheres Mittel, nämlich die Diät des Kranken so zu leiten, dass es zu einem übermässig langen Verweilen der Ingesta nicht kommt. Auch durch andere Mittel als durch die Magenspülung, z. B. durch rechtzeitig gereichte Alkalien, eventuell in Verbindung mit kleinen Dosen Morphium, Codeïn oder Belladonna, kann man die sich auf der Höhe der Verdauung entwickelnden schmerzhaften Sensationen beseitigen, ein jedenfalls weniger eingreifendes Verfahren. Der Schwerpunkt der Magenbehandlung liegt nicht im Magenschlauch, sondern in der Kunst, Magenkranke richtig zu ernähren. Aehnlich ist es auch mit der chronischen Gastritis mit oder ohne starke Schleimbildung. Wenn auch hier der Schleim durch Spülung entfernt werden kann, so ist es doch sehr fraglich, ob nicht der gleiche Effect auch durch Trinken schleimlösender Agentien, Karlsbader Wasser, Vichy, Neuenahrer Sprudel, erzielt werden kann. Absolut contraindicirt hält Boas die Spülung bei der chronischen Gastritis ohne besondere Schleim-

bildung, da hier ein Nutzen nicht ersichtlich ist. Dasselbe gilt auch für das Ulcus ventriculi; bei profusen Magenblutungen sind jedoch Spülungen mit Eiswasser als ultima ratio empfohlen worden. Bei functionellen Magenerkrankungen sind Magenspülungen oft und manchmal mit Erfolg angewendet worden. Es fragt sich jedoch, ob nicht ein gleicher Effect mit wesentlich einfacheren Mitteln erzielt werden kann; man muss bedenken, dass die Magenspülungen kein so harmloses Remedium sind, wie vielfach angenommen wird. Bei den Carcinomen hat man zwei Gruppen zu unterscheiden: die eine mit mässiger Retention und eine mit schwerer Stauung, wozu das Pyloruscarcinom den Typus darstellt. Bei der erstgenannten Gruppe mit leichter Stagnation (etwa $^1/_4$ l Morgens) hält Boas Ausspülungen nach wie vor für nützlich, wenn auch nicht nothwendig in der meistens geübten Häufigkeit; eine bis zwei Spülungen wöchentlich genügen. Anders steht es mit der Gruppe der Pyloruscarcinome, speciell jener Fälle, die sich durch Anwesenheit grosser, kaffeesatzähnlicher Massen im Magen auszeichnen. Hier ist eine Magenausspülung direct gefährlich und Boas hat schon wahrnehmen müssen, dass solche Kranke nach wiederholten Magenspülungen in ganz auffallender Weise förmlich collabiren. Will man gegen die übermässige Stagnation einschreiten, so empfiehlt sich noch am meisten, ein- oder mehreremal täglich die Sonde einzuführen und durch leichtes Pressen einen Theil der stagnirenden Reste zu entfernen. — (Therap. der Gegenw.; Deutsche Praxis; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Ueber para-Amidobenzoësäure-Ester als locales Anästheticum.

Von Prof. Karl v. Noorden.

Der Aethylester der p-Amidobenzoësäure $C_6H_4<^{NH_2}_{COOC_2H_5}$ wurde von Dr. Er. Ritsert (Frankfurt a. M.) zuerst im Jahre 1890 dargestellt und von ihm als ungiftiges locales Anästheticum erkannt. Dr. Ritsert's Anästhesin ist ein weisses, geschmack- und geruchloses Pulver, das, auf die Zunge gebracht, alsbald ein stumpfes Gefühl erzeugt. Es löst sich sehr schwer in kaltem Wasser, etwas leichter in warmem Wasser, sehr leicht in Spiritus, Aether, Chloroform, Aceton, Fetten und Oelen, lässt sich leicht zerstäuben und

mit Fetten aller Art zu Salben verarbeiten, ohne dabei irgend welche Zersetzung zu erleiden. Die Thierversuche, welche Binz vorgenommen, ergaben Folgendes: Das Medicament hat bei kleinen und mittleren Gaben keine schädlichen Einwirkungen auf den Thierkörper. Erst bei ganz kolossalen Gaben, wie sie in der Therapie niemals in Frage kommen, führt es vorübergehend zu leichter Methämoglobinämie. Dieselbe ist aber nur von kurzem Bestand. Reizung der Nieren und Methämoglobinurie wurden nicht beobachtet. Die Giftwirkung hat Aehnlichkeit mit dem auch chemisch verwandten Phenacetin; sie scheint am stärksten zu sein, wenn das Medicament in Oel gelöst ist.

Innerlich per os wurde das Medicament zunächst in Pulverform (zwei- bis dreimal täglich 0·3—0·5 g) gegen Hyperästhesie des Magens gegeben. Es handelte sich um Fälle von krankhaften schmerzhaften Empfindungen nach der Nahrungsaufnahme und um Brechreiz, der jeder Nahrungsaufnahme folgte. Darunter waren auch Fälle von Ulcus ventriculi, meist handelte es sich um nervöse Dyspepsie. Das Mittel erwies sich als mindestens gleichwerthig der Ordination von Chloroformwasser, Chloralhydratlösung, pulverisirtem Orthoform. Einige Male übertraf es diese zuvor angewendeten Medicamente an Intensität und Dauer der Wirkung. Vf. empfiehlt, das Medicament in entsprechenden Fällen 10—15 Minuten vor der Nahrungsaufnahme zu verabfolgen. Die höchsten. am Tage verabreichten Dosen waren 2·5 g.

Bei Hustenreiz und Schlingbeschwerden, welche vom Pharynx und vom Kehlkopfeingang ausgelöst werden, wirkten Zuckerplätzchen und Gummibonbons, welche 0·02—0·04 g des Medicamentes enthielten, vorzüglich. Die Wirkung ist ähnlich, wie die der Cocaïn und Antipyrin enthaltenden sogenannten Anginapastillen, dauert aber viel länger an. Vergleiche mit Orthoform wurden nicht angestellt.

Gegen Hyperästhesie des Kehlkopfinnern kamen zur Anwendung: Inhalationen einer mit Wasser verdünnten Gummi-Tragacanth-Emulsion (10%ig), ferner einer 3%igen Lösung von Anästhesin in 45 Theilen Alkohol abs. und 55 Theilen Wasser, und Bestäubung des Kehlkopfes mittels des Kabierske'schen Zerstäubers. Alle drei Formen bewährten sich, namentlich die letztere. Vergleiche mit Orthoform zeigten, dass das Ritsert'sche Anästhesin vor dem Orthoform den entschiedenen Vorzug hat, nur zu anästhesiren und

gar nicht zu reizen. Es ist das beste locale unschädliche Anästheticum in Pulverform für den Kehlkopf.

Als Suppositorium (0·2—0·5 Anästhesin auf 2·0 Butyrum Cacao) kam das Mittel bei Tenesmus und bei schmerzhaften Hämorrhoidalknoten in Anwendung. Bei Tenesmus, der auf entzündlicher Reizung der Schleimhaut beruhte, befriedigte es nicht und stand an Wirksamkeit gegen Opiate und Belladonnapräparate weit zurück. Dagegen bewährte es sich bei schmerzhafter Schwellung von Hämorrhoidalknoten ausgezeichnet. Als Stäbchen (0·3 auf einen Bacillus) wurde das Medicament in drei Fällen von Blasenzwang in die weibliche Harnröhre eingeführt. Das eine Mal war eine auf mechanische Reizung zurückzuführende Urethritis die Ursache der Beschwerden, in den beiden anderen Fällen nervöse Erscheinungen. Der Erfolg war in allen drei Fällen ein vollkommener.

Glänzende Erfolge brachte das Ritsert'sche Anästhesin bei gewissen Formen von Pruritus. Insbesondere erwies es sich gegen den Pruritus vulvae in Fällen von Diabetes mellitus wirksam. (Salben mit Adeps lanae, 10%ig.) Bei stark juckenden, chronischen perianalen Ekzemen, Scrotalekzemen und anderen circumscripten Ekzemen mit der Anästhesinsalbe behandelt, schien neben entschiedener und stundenlang anhaltender Beseitigung des Juckreizes auch das Ekzem selbst sehr günstig beeinflusst zu werden. Sehr günstig wirkte ferner das Anästhesin bei frischer Intertrigo (Wundlaufen, Wolf). Auch bei anderen Formen des Pruritus (toxischem Pruritus bei Diabetes, Ikterus, Nephritis) und bei senilem Pruritus wurde die Anästhesinsalbe einige Male mit Erfolg angewendet. Die vorzugsweise betroffenen Theile der Haut wurden Abends mit der 10%igen Lanolinsalbe eingefettet. Der Erfolg war einige Male ausgezeichnet, besonders beim Pruritus der Ikterischen, und übertraf alle anderen Massnahmen, die schon versucht worden waren. In zwei Fällen versagte das Mittel. Vergleiche mit dem Orthoform, mit Rücksicht auf die Beeinflussung des Juckreizes, fielen ausnahmslos und eindeutig zu Gunsten des Anästhesins aus.

Das Ritsert'sche Anästhesin als trockenes Pulver, sowie auch in Form von Salben auf schlecht heilende Wunden gebracht (Ulcus cruris, ferner oberflächliche Hautgangrän bei Diabetes), hatte eine deutliche anästhesirende Wirkung, der Einfluss auf die Wundheilung schien günstig zu sein. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17, 1902.)

Das Atoxyl (Metaarsensäureanilid), ein neues Arsenpräparat und dessen dermatotherapeutische Verwendung. Von Dr. Walther Schild. (Prof. Lassar's Klinik.)

Das neue Arsenpräparat, Atoxyl genannt, stellt ein weisses, geruchloses Pulver dar, welches sich in warmem Wasser bis zu 20% löst, wovon aber 2% in Gestalt von wasserhellen Krystallen wieder ausfallen. Die wässerigen Lösungen färben sich allmälig gelblich, zersetzen sich aber nicht, auch nicht beim Kochen. Das Atoxyl enthält 37·69% Arsen, also etwa halb so viel wie die arsenige Säure. Mit diesem Mittel wurden bisher 75 Fälle behandelt, welchen circa 1500 Einspritzungen gemacht wurden, ohne auch nur ein einziges Mal eine nennenswerthe Reizung oder Infiltration zu zeigen, geschweige denn einen Abscess. Angewendet wurde, nach Vorversuchen, bloss die 20%ige Lösung (man muss dieselbe stets etwas anwärmen) und davon bei der ersten Injection nur zwei Theilstriche der Pravaz'schen Spritze (0·04), bei der zweiten Injection vier Theilstriche u. s. w., so dass bei der fünften Injection eine volle Spritze (0·2) verabreicht wurde. Die ersten fünf Spritzen wurden in viertägigen, die folgenden in zweitägigen Zwischenräumen verabfolgt. Trat eine Nebenerscheinung auf (Frösteln am Abend oder Schwindel, Kopfschmerz, Kratzgefühl im Halse), so wurde die Behandlung für zwei bis drei Tage ausgesetzt. Die Spritze wurde zuvor mit Carbolwasser ausgespritzt, die Injectionsstelle mit einem Carbolbäuschchen abgerieben, sodann mit senkrecht eingestochener Canüle intramusculär (in die Glutäalgegend) injicirt. Mit diesem Präparate konnte ein zehnfach höheres Quantum an Arsen dem menschlichen Körper zugeführt werden, als mit der arsenigen Säure, sodann ist die hypodermatische Application des Atoxyls in gleich hohem Grade bequem für den Arzt, wie leicht erträglich, reiz- und schadlos für den Patienten. Erwähnenswerth ist aber die cumulative Wirkung des Mittels bei fortgesetzter Darreichung grösserer Dosen. Eine wesentliche Herabsetzung der Behandlungsdauer wurde nicht erzielt, doch kann die Gesammtzahl der Injectionen (grössere Intervalle, von der sechsten Injection an nur zweimal wöchentlich) als geringe bezeichnet werden. Behandelt wurden mit Erfolg Fälle von Alopecia areata, Dermatitis herpetiformis Dühring, Hautsarkomatose, Psoriasis, Lichen ruber, Morbus Basedowii etc.; nebenher die üblichen äusserlichen Behandlungsmethoden. Von 14 Lichen ruber-Fällen sind neun be-

reits vollkommen geheilt. — (Berl. klin. Wochenschr.; Wien. klin. Wochenschr.)

Bei Schnupfen wird empfohlen:

Rp. Rad. belladonn. pulv. 1·0
Morph. mur. 0·1
Gumm. arab. pulv. 15·0

D. S. Schnupfpulver. Acht- bis zehnmal täglich aufzuschnupfen.

Bei Hemikranie:

1. Rp. Past. guaranae, Phenacetini, Pyramidoni ää 0·30

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. VI ad chart. cerat. D. S. Bei Beginn des Anfalles ein Pulver zu nehmen.

2. Rp. Methyl. caerul., Pulv. nuc. moschat. ää 0·1

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. VI ad caps. amyl. D. S. Zweistündlich ein Pulver zu nehmen.

3. Rp. Methyl. salicyl. 0·3
Tinct. cort. aur. 10·0
Syr. simpl. ad 100·0

D. S. Stündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

4. Rp. Extr. hamam. virgin., Pulv. fol. digital. ää 0·1
Extr. gentian., Lith. benzoic. ää 1·0
Glycerini q. sat

ut f. pilul. Nr. XX. D. S. Bei Kopfschmerz vor den Hauptmahlzeiten je zwei Pillen zu nehmen.

5. Rp. Extr. secal. corn. 5·0
Chinin. sulfur. 3·0
Extr. hyoscyami, Extr. cannab. ind. ää 1·0

M. f. pilul. Nr. LX. D. S. Dreistündlich eine Pille zu nehmen.

Sitzungsberichte.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

Josef Pollak: Ueber Mittelohrerkrankungen im Kindesalter.

Die dem Kindesalter eigenthümlichen Erkrankungen einerseits, anderseits die anatomischen Verhältnisse des Schläfebeins sind die prädisponirenden Momente für die im Säuglingsalter so überaus häufig auftretenden Mittelohrerkrankungen. Vortr. weist auf die Kürze und Weite der Eustachi'schen Ohrtrompete und auf das fötale Schleimhautpolster hin, welches nach neuesten Untersuchungen noch bis zum ersten Lebensjahre nicht ganz involvirt ist. Der Umstand, dass die Mund- und Rachenhöhle ein Standort von saprogenen und pyogenen Mikroorganismen ist, macht es begreiflich, dass bei Erkrankungen der Kinder, die mit Erbrechen einhergehen, leicht diese Organismen in die Paukenhöhle gelangen und, wie Kossel, Ponfick, Heermann und Göppert an Leichen und Lebenden nachgewiesen haben, in 75% der untersuchten Kinder Mittelohrentzündungen verursachen. Diese im Verlaufe der Pädatrophie, Bronchitis, Bronchopneumonie und Darmkatarrhen auftretenden Mittelohrentzündungen verlaufen zumeist symptomlos und erheischen auch keine

therapeutischen Massnahmen, da im Säuglingsalter eine Rückwirkung der Otitis media auf den Gesammtorganismus nicht nachweisbar ist. Im Gegensatze hiezu treten nach Schnupfen oder Influenza genuine Entzündungen des Mittelohres auf, welche unter lebhaften Allgemeinerscheinungen, wie hohes Fieber und Convulsionen, verlaufen und bei denen die Paracentese des Paukenfelles als nothwendige Operation erscheint. Vortr. bespricht dann die bei Morbillen und Scarlatina auftretenden Mittelohrentzündungen und weist darauf hin, dass auch bei Masern in 50 % der Erkrankungen Mittelohrentzündungen auftreten, ohne dass der Krankheitsverlauf dadurch wesentlich alterirt würde. Bezüglich der im Jugendalter auftretenden katarrhalischen Processe des Mittelohres betont Vortr. die Nothwendigkeit der Untersuchung des Nasenrachenraumes und gegebenenfalls die operative Behandlung der als ätiologische Hauptursache fungirenden hypertrophirten Rachentonsillen.

Hermann Hertzka fragt, ob es nicht möglich ist, dass anfänglich symptomlos verlaufende Mittelohrentzündungen denn doch zu chronischer Eiterung und consecutiver Schwerhörigkeit führen können und ob es daher nicht rathsam sei, diesen Zustand zu behandeln.

Emil Pins bringt vor, dass er als ätiologisches Moment für die Entstehung der Otitis media der Neugeborenen das Baden der Kinder betrachte, wobei Wasser in den äusseren Gehörgang kommt und Otitis media und Meningitis erzeugt.

B. Gomperz hält es nach seinen Erfahrungen für unrichtig, einen symptomlosen Verlauf der Otitis media der Säuglinge anzunehmen. In diesen Fällen liegen offenbar Beobachtungsfehler seitens der Wartepersonen vor; dort wo die Kinder sorgfältig beobachtet, ihre Mahlzeiten, Stühle und ihre Gewichtszunahme regelmässig controlirt werden, werden otitische Processe immer durch auffallende Symptome sich kennzeichnen. Dem Eindringen von Badewasser ins Ohr schreibt Gomperz nur eine geringe Bedeutung bei der Aetiologie der Mittelohrentzündungen zu. Am häufigsten wird dieselbe verschuldet durch Infection von der Tube aus. Schliesslich wendet sich Gomperz gegen die in der Discussion gefallene Bemerkung über die Schwierigkeit der Diagnose von Mittelohrentzündungen bei Neugeborenen. Nach seinen schon 1894 mitgetheilten Erfahrungen ist es auch bei Neugeborenen leicht möglich, das Trommelfell zur Ansicht zu bringen, Diagnosen zu stellen und eine erfolgreiche Therapie einzuleiten. — (Wien. klin. Rundschau.)

Verein für innere Medicin in Berlin.

S. Munter: Die Hydrotherapie der Tabes.

Die Tabes ist nach v. Leyden als eine fortschreitende Degeneration des sensorischen Neurons aufzufassen, dessen Anfang bald in peripheren Nerven, bald in den sensiblen Wurzeln, zuweilen auch in den Spinalganglien zu suchen ist. Die Aufgabe der Tabestherapie ist dementsprechend:

1. den degenerativen Process aufzuhalten, resp. zurückzubilden,
2. die Symptome zu bekämpfen.



Eine Rückbildung von Ausfallserscheinungen ist bis jetzt noch nicht beobachtet. Dagegen kann die fortschreitende Degeneration sehr oft günstig beeinflusst werden. Das Neuron wird trophisch beeinflusst 1. durch die normale Blutzufuhr; 2. durch die gewohnte Durchströmung durch die Nervenerregung. Durch die Degeneration ist die Erregung gestört, diese hat aber die Nervenzelle nöthig, um ihre normale Structur zu erhalten. Die milde Anregung dieser functionellen Leistung kann therapeutisch verwerthet werden. Doch darf der Reiz nicht Erschöpfung, sondern nur Ermüdung bewirken. Nun zeigt der kurze Kältereiz eine Erhöhung sämmtlicher sensorischer Empfindungsqualitäten — Sensibilität-Tast-Wärme — unter Verringerung für die Kälteempfindung. Vortr. benutzt diesen kurzen Kältereiz, um die sensorische Function zu erhöhen und das sensorische Neuron zu stärken, um ferner restirende Fasern zu bahnen, er erfüllt damit eine Hauptindication der Tabestherapie. Er hat seit einem Decennium 208 Tabesfälle behandelt. Hierauf bespricht er die hydrotherapeutische Bekämpfung der einzelnen Symptome, besonders der Schmerzen. Dagegen liefert die Hydrotherapie zwei Methoden: 1. Kälte, 2. indifferente Temperatur. Die andauernde Kälteanwendung verwirft er, weil sie die Function vernichtet, anstatt sie anzuregen, er zieht die reizabhaltende, indifferente Temperatur vor; als solche benutzt er das indifferente Soolbad von 1% von 27—19° R. von 15—45 Minuten Dauer ohne jegliche Nachprocedur. Gegen den Tabesprocess selbst folgen Nachproceduren, je nach der Indication der Schonung oder Uebung Halbbad von 27° R. allmälig abgekühlt auf 22° R., hierauf Brause 18° R. Den Schluss bildet immer eine kurze kalte Abwaschung der Extremitäten von 5—10° R. von 5—10 Secunden. Die Reaction kann activ, durch Bewegung, oder passiv, im Bett erzielt werden. Gegen Packungen spricht er sich unter verschiedener Begründung aus. Auch warnt er vor zu kalten CO_2 Soolbädern, bei Schmerzen gibt er sie nie unter 26° R., niedrigere Temperaturen steigern den Schmerz. Auch warme Soolbäder, wenn keine Augenaffectionen vorhanden sind, können von 27—29° R. empfohlen werden. Er zieht den Gebrauch dieser Bäder während des ganzen Jahres, wöchentlich 1—2—3 mal genommen, einer schematischen Verordnung von 20—30 Thermalbädern während eines 4—6wöchentlichen Badeaufenthaltes vor, da letztere die Nerven leicht erschöpfen.

Gegen locale Schmerzen empfiehlt Vortr. kalte Umschläge unter Berücksichtigung einer baldigen Erwärmung. Locale warme Sitzbäder bei Cystitiden, locale Elektrisirung der Blase mit einer Katheterelektrode bei Paresen thun Gutes. Auch einschleichende faradische Wasserbäder empfiehlt er sehr warm gegen Schmerzen, Parästhesien und Ataxien. Dagegen spricht er sich gegen das bipolare galvanische Bad aus. Eine leichte kurze Massage leistet oft Gutes. Wärmezuführende und wärmestauende Massnahmen erfordern Vorsicht; Dampfbäder sind zu vermeiden, ebenso Sandbäder, elektrische Lichtbäder verzögern oft die Schmerzen. Dagegen leistet das trockene Heissluftbad bis 55° R. Gutes. — (Berl. klin. Wochenschr.)

Bücher-Anzeigen.

Die chronische Nierenentzündung in ihrer Einwirkung auf die Blutflüssigkeit. Von Dr. H. Strauss in Berlin. Berlin 1902. Verlag von Aug. Hirschwald.

Die vorliegende, ebenso interessante wie werthvolle klinische Arbeit beschäftigt sich mit der Zusammensetzung der Retentionen bei mangelhafter Function der Niere. Die Untersuchungen betreffen das Blutserum, das Oedemwasser, die Ascites- und Hydrothorax-Flüssigkeit, und sind in Fällen von chron. parenchym. Nephritis und chron. interstit. Nephritis und auch an Uebergangsformen angestellt. Sie beziehen sich auf den nicht an Eiweiss gebundenen Stickstoff, den Harnsäure- und Ammoniakgehalt, die Gefrierpunkterniedrigung, Toxicität (am Thiere) und Kochsalz-, ferner Zucker- und Aschengehalt etc. Die Resultate dieser Arbeiten wiederzugeben, gestattet uns der Raum hier nicht. Wir möchten nur darauf hinweisen, dass der Vf. in seinem Schlusscapitel bemüht ist, die Ergebnisse dieser Forschung in therapeutischer Richtung auszuwerthen. Es bezieht sich dies hauptsächlich auf die Berücksichtigung der Herzkraft und die Eliminirung der toxischen Stoffe aus dem Organismus. Dementsprechend finden der Werth der Schweissanregung, der Ableitung auf den Darm, Anregung der Speichelsecretion, sowie der Werth der mechanischen Entfernung der Retenta (Aderlass, Punction etc.) Würdigung. Die Lectüre der Arbeit ist sehr zu empfehlen.

Die Fäces des Menschen im normalen und krankhaften Zustande. Von Prof. A. Schmidt und Dr. J. Strasburger in Bonn. Berlin 1902. Verlag von Aug. Hirschwald.

Der zweite Theil dieses Werkes beschäftigt sich mit der chemischen Untersuchung der Fäces. Die verschiedenen qualitativen und quantitativen Methoden sind eingehend besprochen. Im Anschlusse an diese finden die einschlägigen diagnostischen Gesichtspunkte Würdigung. Diesem Hefte ist eine lithographirte Tafel, die Spectra darstellend, beigeschlossen. Auch dieser Theil bildet eine schätzenswerthe Bereicherung der Literatur.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Worauf beruht der Werth der Schwefelbäder in der Behandlung der Syphilis und einzelner Hautkrankheiten?

Von Docent Dr. Karl Ullmann in Wien-Baden.

Die Frage, welche Bedeutung dem Gebrauche von Schwefelthermen für Bade- oder Trinkcuren in der Therapie der Syphilis und auch in der einzelner Hautkrankheiten zukomme, ist wiederholt in wissenschaftliche Discussion gestellt und in präciser Weise zu beantworten gesucht worden.

Thatsachen der Empirie, theoretische und speculative Voraussetzungen, selbst experimentelle Erfahrungen sind ins Treffen geführt worden, theilweise, um den therapeutischen Werth der Schwefelwässer in besonderem Masse zu erweisen, theilweise auch zum gegentheiligen Zwecke. Aus der nicht unbeträchtlichen Menge des diesbezüglichen Materials scheint mir vor Allem eine Thatsache festzustehen, die wohl von Niemandem bezweifelt werden kann, da sie auf vieljährigen, in allen Ländern der Erde gewonnenen Erfahrungen beruht, wo bedeutende Schwefelquellen dem Erdreich entströmen. Es zeigt nämlich diese Erfahrung, dass mit gewissen Affectionen behaftete Kranke mit oder ohne vorausgegangenem Rathschlag des Arztes mit grosser Vorliebe gerade die natürlichen Schwefelquellen aufsuchen, um dort Heilung von ihren Gebresten zu finden; aber nicht nur Kranke aus der Umgebung solcher Quellen, sondern auch solche von weiteren Fernen, und solche, die alljährlich wiederkehren, doch wohl weil sie von gewissen, meist chronischen Zuständen gerade durch den Gebrauch von Schwefelbädern — weit seltener handelt es sich um den inneren Gebrauch von Schwefelwässern — in der Mehrzahl der Fälle nachhaltige Besserung ihres Zustandes gefunden haben. Zu diesen Affectionen gehören vor Allem gewisse Spätformen der Syphilis, insbesondere Knochen- und Gelenksaffectionen, desgleichen Residualprocesse nach gonorrhöischen Gelenksaffectionen; unter den Hautaffectionen sind es meist solche mit mehr oder weniger universeller Ausbreitung, wie Prurigo, Acne vulgaris, Psoriasis vulgaris, Urticaria chronica, gewisse zur Hyper-

keratose neigende, eminent chronische Ekzeme, der seborrhöische Process in seinen verschiedenen Formen, Prurigo, Pemphigus pruriginosus, aber auch die chronischen, exfoliirenden Fälle dieser Erkrankung.

Wenn nun solche Krankheitszustände, was ja vielfach sichergestellt und von hervorragenden Hautklinikern: Hebra[1]), Siegmund[2]), Kaposi[3]), Lang[4]) u. A. oft hervorgehoben wurde, durch den Gebrauch von Schwefelbädern gebessert werden, beruht dieser Erfolg, so stellt sich die Frage, ganz oder wenigstens zum Theile auf dem Schwefelgehalt der Wässer oder lediglich auf ihrer Eigenschaft als Thermen? Ist es lediglich die Temperatur oder nicht auch der freie gasförmige Schwefelwasserstoff, der Gehalt an gelösten Schwefelsalzen, Schwefelalkalien (schwefelsaures Calcium, Natrium), sind es etwa nur die geringen Mengen des in den Badewässern zur Ausscheidung gelangenden Schwefelpräcipitates, denen

---

[1]) F. v. Hebra, der (Handbuch der spec. Path. 1860) ja im Allgemeinen ziemlich skeptisch von der Wirkung der Schwefelbäder und Bäder überhaupt zu sprechen pflegte, insbesondere gegenüber den chronischen Ekzemformen, lobt den Werth derselben in der Behandlung von Psoriasis, Prurigo, Scabies (l. c. S. 404).

Hans v. Hebra (Lehrbuch bei Enke 1884 erschienen) betont die hervorragende Wirkung der Schwefelbäder speciell auf Prurigo (l. c. S. 338).

[2]) v. Siegmund (Die Einreibungscur 1878 bei Braumüller), ebenfalls im Allgemeinen voll von Skepsis gegenüber den Behauptungen über specifische Wirkungen der Schwefelthermen bei Lues, hält trotzdem bei gewissen Krankheitsanlagen oder Formen, z. B. Rheumatismen, Gicht, Muskel, Beinhaut- und Gelenksaffectionen den Gebrauch schwefelhaltiger und alkalischer Bäder für empfehlenswerth (l. c. S. 163).

[3]) M. Kaposi (Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, Braumüller, Wien 1899) tritt auf Grund seiner Erfahrungen in seinen Vorlesungen wiederholt aufs wärmste ein für den unzweifelhaften therapeutischen Werth der natürlichen Schwefelthermen im Allgemeinen und den der von Baden bei Wien. So hält er im Gegensatze zu F. v. Hebra chronische, schwielige Ekzeme (l. c. S. 524), dann mit ihm chronische Pemphigusformen, insbesondere die exfoliirenden (l. c. S. 593), Prurigo (l. c. S. 542) und gewisse Formen von Pruritus localis (l. c. S. 964) als höchst geeignete Affectionen für den Gebrauch von natürlichen Schwefelbädern, nur bedürfe es zum Auftreten der Wirkungen eines mehr prolongirten Bädergebrauches als dies meist der Fall sei.

[4]) In ähnlicher Weise betonte E. Lang in seinen jüngst erschienenen Vorlesungen über Hautkrankheiten (Verlag bei Bergmann, 1902) den relativ bedeutenden therapeutischen Werth der Schwefelpräparate und natürlichen Schwefelwasser bei einer Reihe von Processen, so bei Pemphigus (S. 444), Ichthyosis (S. 485), Prurigo (S. 480), Rosacea (S. 589).

eine specifische Wirkung auf pathologische Hautprocesse zukommt? Spielen dabei die begleitenden Mineralbestandtheile, Kochsalz, Glaubersalz, die freie oder gebundene Kohlensäure etc. nicht auch eine Rolle? Es ist selbstverständlich, dass diese Fragen bis heute vom exact klinischen Gesichtspunkte als völlig ungelöst zu betrachten sind. Sie sind das hauptsächlich deshalb, weil die klinische Forschung bis nun auf derartige praktische balneologische Fragen kaum jemals einging.

Bei der eminenten Nützlichkeit des Schwefels als Hautmedicamente, die heute mehr wie jemals fast in jeder Art der Anwendung, in Salben, fetten Lösungen, Pasten, Pflastern u. dergl., beliebt und anerkannt ist, liegt es wohl nahe, schon von vorneherein eine specifische Wirkung auch der Schwefelwässer als Badewässer anzunehmen. Der im Verhältniss zu der bei der medicamentösen Schwefeltherapie angewandte relativ geringe Schwefelgehalt der Badewässer wird ja zum Theile durch beliebige Prolongirung der Badeproceduren, zum Theile durch die intensive Quellung der Oberhautschichten im Bade selbst, entsprechend wirksamer gemacht und entfaltet demgemäss eine theils anästhesirende, analgesirende, juckenstillende, anderseits auch eine desinficirende Wirkung und damit einen günstigen Effect auf manche besonders in den obersten Hautschichten localisirten Krankheitsproducte und feineren geweblichen Alienationen. Eine unterstützende Wirkung im Sinne der stärkeren Hautquellung und Vorbereitung erfolgt bei solchen prolongirten Bädern auch noch durch den Alkaligehalt des Badewassers. So ist man demnach durch passenden Gebrauch von Schwefelbädern in die Lage versetzt (gleichzeitig auf grosse, ausgedehnte Körperpartien), die Wirkungen des auch sonst in der Dermatologie jetzt mehr denn jemals gewürdigten und geradezu unentbehrlichen Schwefelpräparates in Anwendung zu bringen.

Bei der in Bezug auf ihre Wirksamkeit wohl noch nicht genügend erfolgten Würdigung der physikalischen Heilmethoden, insbesondere der günstigen Wirkung der Röntgenstrahlen, auch wohl der Thermotherapie auf die psoriatische, ekzematöse, oder mit Aceformen[5]) erkrankte Haut, wird es wohl immer eine Anzahl von Leidenden, zumal solcher mit universellen oder auf grosse Hautterritorien sich erstreckenden Affectionen geben, die wenigstens zeitweise mit grossem Vortheil, zum mindesten für ihr subjectives

[5]) K. Ullmann Ueber die klin.-therap. Verwerthbarkeit constanter Wärme. Wien. klin. Rundschau Nr. 23—25, 1902.

Befinden, in vielen Fällen auch für den Verlauf dieser Erkrankungen selbst, natürliche warme Schwefelbäder curgemäss gebrauchen.

Gegenüber den oben bezeichneten Fällen von oberflächlichen, in der Haut selbst sitzenden Affectionen gibt es weiterhin eine zweite, u. zw. weit grössere Reihe chronisch entzündlicher infiltrativer Zustände, tiefer liegender Gewebsalienationen in den Gelenken, Muskel- und Sehnenscheiden, Aponeurosen, an der Oberfläche oder selbst in der Tiefe der Knochen, für welche, mag die Ursache solcher chronisch entzündlicher Gewebsproducte nun, was so häufig der Fall ist, in einer vorausgegangenen, auch oft hereditären Syphilisinfection, mag sie in einer solchen mit Gonokokken oder anderen mikrobiellen Ursachen gelegen, oder mag sie endlich durch chemische Störungen im Stoffwechsel (uratische Diathese, Gelenksgicht etc.) bedingt sein, der auf Jahrhunderte alte Praxis sich stützende und durch den täglichen Erfolg gerechtfertigte Zufluss von mit diesen Affectionen behafteten Kranken in solche Bäder allerdings auch noch auf Momente zurückzuführen ist, die wohl mit einer specifisch chemischen Wirkung auf die betreffenden Alienationen gewiss nicht zusammenhängen, bei denen aber gleichwohl eine indirecte Wirkung des Schwefelgehaltes in Frage kommt.

Diese indirecte Wirkung beruht vor Allem in der zweifellosen h a u t b e r u h i g e n d e n, die Toleranz der Haut für thermische Reize erhöhenden Wirkung des Schwefelgehaltes von Badewässern. Ich hebe diese für mich ausser Zweifel stehende Thatsache deshalb hervor, weil sie vielfach übersehen wird, ja, weil man geneigt ist, die dem Schwefel als Medicament oft anhaftende reizende Wirkung auf die Oberhaut auch auf die natürlichen Bäder zu übertragen.

Ganz besonders zeigt sich dies in der ebenfalls vielfach betonten und kaum bestreitbaren Erfahrungsthatsache, dass der Heilungsverlauf syphilitischer Spätformen unter der Einwirkung von Inunctionen und gleichzeitigem Gebrauche von Schwefelbädern ein rascher, regelmässiger und möglichst vollkommener zu sein pflegt, so dass es die Syphilitiker erfahrungsgemäss immer wieder vorziehen, ihre Einreibungscur, wenn nur thunlich, in Schwefelbädern vorzunehmen, weil sie im Vergleich mit anderen Curen, die sie ohne Schwefelbäder genommen hatten, von dem Quecksilbergebrauch in ihrem Allgemeinbefinden weniger intensiv afficirt wur-

den, sich im Allgemeinen wohler fühlten und ihnen auch der Ablauf der Erscheinungen ein rascherer zu sein schien, und dies trotz dem Schwefelpräparate als solche gewiss weder innerlich noch äusserlich irgend eine Beziehung zur Syphilis besitzen.

Der logische Connex aber zwischen dieser empirisch gefundenen Thatsache, welche von jedem erfahrungsreichen und objectiv denkenden Arzte, der derartige Kranke zu sehen Gelegenheit hat, bestätigt werden kann, muss demnach auch hier wieder in anderen Momenten gesucht werden. Ich glaube auch diese vorwiegend in der früher erwähnten Erhöhung der Toleranz des Hautorgans unter dem Gebrauche von natürlichen Schwefelbädern finden zu können.

Es ergibt sich von selbst sofort die Frage: Kann oder soll die Quecksilber-Inunctionscur gegen die Syphilisinfection nicht auch mit anderen Bade- und Trinkcuren, beispielsweise in alkalisch-muriatischen, jodhaltigen oder indifferenten Quellen durchgeführt werden? Und wie sind die Erfolge in dieser Richtung? Die Antwort auf diese Frage ist ja zum Theile bereits in positiver Weise gegeben. Sie muss aber für Trink- und Badecuren gesondert besprochen werden.

Wir wissen ja, dass speciell die an Jodsalzen reichen Mineralquellen während der Dauer der Inunctionscur in den betreffenden Curorten von den Aerzten innerlich verordnet werden. Gerade in letzter Zeit hat ja die Breslauer Schule durch F r i t z L e s s e r[6]) den Nachweis erbracht, dass durch gleichzeitige Gaben von gewissen Hg- und Jodpräparaten der Verlauf der Syphilisinfection im Allgemeinen, sowie jeder einzelnen Attaque im günstigen Sinne beeinflusst werde, was ja allerdings auch für den regelmässigen Gebrauch von Hg-Curen gerade in Jodbädern spräche. Viele Kliniker verhalten sich ja noch ablehnend gegen diese zumal in Frankreich gebräuchliche combinirte Jod-Hg-Behandlung der Lues.

Die Vertreter der vorwiegend kochsalzhältigen Quellen, wie die der Wiesbadener, Sodener im Taunus u. A. ersehen wieder im gleichzeitigen inneren Gebrauche der betreffenden Wässer während der Dauer von Inunctionscuren ganz besondere Vortheile für den Heilzweck, die sie sich mit der durch die systematische Durchschwemmung des Organs mit kochsalzhaltigem Wasser herbei-

[6]) Fritz Lesser. Experimentelle Untersuchungen über die gleichzeitige Darreichung von Hg und Jodpräparaten. Arch. f. Dermatol. u. Syph. 1902 Bd. 50, 1. H.



geführten Abfuhr von gewissen störenden chemischen Verbindungen aus den Zellen erklären, welche Abfuhr selbst wieder die erkrankten Partien empfänglicher machen soll für das neuzugeführte Hg. Gegen alle diese Anschauungen soll und kann hier mangels vergleichender Untersuchungen kein Einwand erhoben werden.

Es hat immer Freunde von combinirter Behandlung gegeben, wie ja speciell die Franzosen; neuerdings geniessen combinirte Behandlungen allgemein mehr Vertrauen.

Nach unseren eigenen Erfahrungen jedoch, die ja auch vorwiegend im Sinne der alten Sigmund'schen und denen der Wiener Schule überhaupt laufen, ist die reine, d. h. ungetrübte Hg-Wirkung für den Syphilisprocess immer noch die verlässlichste und bei zweckmässiger Durchführung auch am besten von den Kranken tolerirte.

Sie kann an Badeorten, zumal in Schwefelbädern, nur gesteigert werden durch die möglichste Ausnützung der physiologischen e x t e r n e n Wirkungen des Thermalbades selbst.

Wir wissen ferner, dass es an Bestrebungen nicht fehlt, selbst die einfach kochsalzhaltigen oder indifferenten, also gegen den Syphilisprocess ebenfalls nicht specifisch wirkenden Quellen für diesen Zweck als Badewasser als ebenso geeignet erscheinen zu lassen.

Das für alle Thermalquellen sich gleich bleibende Moment ist ja doch die Einwirkung der Temperatur auf die Haut im Sinne der Hyperämisirung, der Erweiterung der Blutgefässe und der damit geschaffenen günstigen Bedingungen für die Resorption. Nun müssten sich, wofern nur die Temperatur dieser Wässer eine genügend warme ist oder doch wenigstens durch künstliche Erwärmung entsprechend erhöht werden kann, eigentlich die kochsalzhaltigen und indifferenten Quellen noch besser eignen, als die Schwefelquellen, da bei den erstgenannten eine chemische Bindung zwischen den Salzen des Badewassers und dem in die Hautporen inungirten Quecksilber gar nicht oder doch nicht in dem Masse zu gewärtigen ist, als dies für alle schwefelhältigen Wässer angenommen wird.

Die Erfahrung aber zeigt das Entgegengesetzte, sie zeigt nämlich, dass Kranke, die einmal in Schwefelbädern und dann in indifferenten Kochsalz- oder jodhältigen Wässern gebadet und gleichzeitig eine Inunctionscur durchgemacht hatten, übereinstimmend angeben, dass sie sich ceteris paribus unter gleichen Umstän-

den in Schwefelbädern wohler gefühlt, d. h. die Inunctionen weit besser vertragen haben. Ich kann eine Erklärung für diese Thatsache wieder nur darin finden, dass durch den Gebrauch der Schwefelbäder die Toleranz der Haut gegenüber äusseren chemischen oder mechanischen Einwirkungen, wie sie eine gut geleitete systematische Inunctionscur mit sich bringt, widerstandskräftiger, offenbar durch die Möglichkeit der beliebigen Prolongirung auch für die Dauer der ganzen curgemässen Behandlung aufnahmsfähiger gemacht wird, als durch den Badegebrauch in anderen Mineralwässern.

Woher diese wohl unbezweifelte und oft genug auch von mir beobachtete Erscheinung? Die Erklärung ist einfach genug.

Viel seltener treten unter dem Gebrauch von Schwefelbädern jene Reizerscheinungen auf, welche bei einer grossen Anzahl von Individuen in den meisten an Halogenen reichen Bädern oder indifferenten Thermalquellen so häufig oft schon bei Beginn der Badecur zutage treten; ich meine hier die erythematösen, furunculösen, impetiginösen und pruriginösen Processe der Haut, die dann der weiteren Hg-Cur wenigstens in Form von Inunctionen bald ein Ende machen, zum mindesten Unterbrechungen der ersteren, Aenderungen der Cur etc. zur Folge haben. Eine Erfahrungsthatsache ist es, dass man beispielsweise in den Schwefelbädern viel länger baden muss oder kann, um jenes als sog. Badeausschlag beschriebene Erythem zu erzeugen, als in an Halogenen reichen oder selbst indifferenten Badequellen. Fast niemals sieht man weiterhin bei noch so langer Badezeit und oftmaliger Wiederholung der Schwefelbäder selbständig Furunculose entstehen und darauf ist es wohl zurückzuführen, dass man als Indication für den Gebrauch von Schwefelbädern „Neigung zu Furunculose“ oder schon bestehenden Furunkeln anführt, einen Standpunkt, den ich heutzutage, wo es doch viel bessere und expeditivere Verfahren gegen derartig localisirte, infectiöse Herde gibt, nicht theilen könnte und schon mit Rücksicht auf die öffentliche Hygiene als durchaus antiquirt und unstatthaft bezeichnen muss.

Aus dem Gesagten folgt, dass die stärker schwefelhältigen Thermen, mögen dieselben nun einfache, nicht kochsalzhältige Schwefelthermen sein, wie Pistyan, Améliés-les-Bains, Ilidže bei Serajevo, Warasdin-Teplitz, Baden bei Wien, Baden in der Schweiz, Aix-les-Bains in Frankreich, St. Lucas Bad, Trencsin-Teplitz

in Ungarn und viele andere, oder mögen dieselben nebenher auch Kochsalz enthalten, wie Aachen-Burtscheid, Mehadia, Pjätigorsk im Kaukasus, Helouan in Aegypten u. A., mögen ferner diese beiden Arten von Quellen, wie die bisher genannten, eigentlich thermale, d. h. naturwarme, darstellen, oder wie in Leuk (Schweiz), Nenndorf (Preussen), Kreut (Bayern) und noch vielen anderen als sog. kalte Schwefelquellen erst durch künstliche Erwärmung zum Badegebrauche geeignet gemacht werden, jedenfalls ist deren Gehalt an freiem Schwefelwasserstoff, vielleicht auch der von Spuren freien präcipitirten Schwefels im Stande, die Reizwirkung des Wassers auf die Haut derart abzuschwächen, dass selbst lange dauernde Badeproceduren, wie sie ja beispielsweise in Leuk par force durchgeführt werden, gut tolerirt und demnach auf das Maximum ihrer Wirkung gebracht werden können.

Und so beruhen offenbar auch die altbekannten Wirkungen, welche bei den tiefsitzenden, chronisch entzündlichen rheumatoiden, neuralgiformen Affectionen, die im Verlaufe der Badecuren in Schwefelbädern erzielt werden können und sollen — es sind dieselben, welche überhaupt durch Thermalbaden zustande kommen — zum grossen Theile gewiss auch auf der Möglichkeit der längeren Tolerirung und der damit bedingten Steigerung der thermischen Reize.

Diese Erwägungen vorausgeschickt, erscheint es geradezu von nebensächlicher Bedeutung, auf alle jene theoretischen Standpunkte und Behauptungen einzugehen, welche von verschiedenen Seiten auch bei diesen Affectionen eingenommen und aufgestellt wurden, um den Schwefelgehalt dieser Bäder als specifisch wirksames Princip hinzustellen. Von diesem Standpunkte erscheint sogar die Ansicht von Glax[7]) nicht unberechtigt, die Schwefelwässer von den anderen Wässern gar nicht separat abzutrennen; Glax nimmt auch gar keine eigene Schwefelwirkung derselben an, sondern führt die Wirkung einfach auf die der übrigen erdigen Bestandtheile dieses Wassers zurück. Ein so unbedingt skeptischer Standpunkt erscheint mir jedoch dermalen nicht berechtigt. Der Wahrheit entsprechend muss eher gesagt werden, dass wir über die osmotischen Verhältnisse der Haut noch sehr geringe verlässliche Resultate, ja noch ganz unklare Anschauungen haben, so

---

[7]) Glax, Lehrbuch der Balneotherapie, 1897.

dass es eher gerathen erscheint, sich bloss auf die Beobachtung der Kranken selbst, beziehungsweise auf den Verlauf ihrer Affectionen zu beschränken, wenn wir irgend welche Schlüsse für die Praxis ziehen wollen.

In neuester Zeit haben sich allerdings manche hervorragende Balneologen und Chemiker für das Vorhandensein besonderer osmotischer Kräfte in den natürlichen Thermen eingesetzt und sind auch, wie Prof. Curtius in Heidelberg, für die durchaus plausible besonders kräftige und heilsame Wirkung der wirksamen Stoffe in den letzteren gegenüber künstlichen analogen Gemengen eingetreten, so speciell für die besondere Wirkung des Thermal-Schwefels in statu nascendi. Näheres darüber, sowie über die speciellen Verhältnisse und Indicationen der Badener Thermen findet sich auch in einer von der Badener Curcommission herausgegebenen officiellen Schrift (Pag. 58 u. ff.) „Der Curort Baden bei Wien", Wien und Leipzig 1900, bei Deuticke, die hier als werthvollste Orientirung dieser Art für Arzt und Kranken nachdrücklichst empfohlen werden kann.

Ich will mich mit Rücksicht auf mehrere gerade in den letzten Jahren gemachte Beobachtungen zuerst mit der Beeinflussung von Hg-Curen durch äusseren Gebrauch von Schwefelquellen und alsdann mit der Wirkung der Schwefelthermen als Trinkwässer befassen. Besonders in ersterer Hinsicht ist in früheren Jahren vielfach mit Unrecht eine specifische Wirkung der Schwefelwässer angenommen worden. Ich erinnere nur an die den Schwefelwässern zugeschriebene Wirkung auf den Syphilisprocess selbst, auf einzelne Krankheiten des Nervensystems, namentlich Tabes — Behauptungen, die, selbst wenn ihnen vollständig richtige und beglaubigte Beobachtungen an Kranken zugrunde lagen, jedenfalls falsch gedeutet worden sind. Wenn nämlich derartige Erkrankungen durch Behandlung in Schwefelthermen gebessert wurden, dann ist der Effect doch wohl vornehmlich auf die Thermalbehandlung und weniger auf den Schwefelgehalt der Thermen zurückzuführen, da keine wie immer geartete Erklärung aus der Pharmakologie es plausibel macht, dass das Baden in Schwefelwässern im Stande ist, Schwefelverbindungen, wenn überhaupt, in solcher Menge in den Kreislauf zu bringen, dass dieselben auf den ursächlichen Krankheitsprocess in den obgenannten Krankheiten neutralisirend oder heilwirkend eingreifen könnten.

Von der allergrössten Bedeutung ist diese Behauptung für die Syphilisbehandlung. Die hieher gehörigen, unendlich zahlreichen Beobachtungen beruhen ja alle offenbar nur wieder auf der empirischen Thatsache, dass die Syphilitiker innerhalb der Zeit des Curgebrauchs von Schwefelbädern von ihren meist lange getragenen syphilitischen Symptomen besser, gründlicher und rascher befreit worden waren, als ohne gleichzeitige Badecur. Diese Thatsache ist, wie schon im Beginne erwähnt, viel logischer damit zu erklären, dass die gleichzeitig während der Badecur angewendete mercurielle Behandlung — besteht dieselbe nun in Injectionen oder in Inunctionen — zu einer besseren Wirkung gelangen, während hingegen Schwefelbäder allein gegenüber den syphilitischen Processen eine nur geringe, gewiss aber keine grössere Wirkung entfalten, als warme Bäder überhaupt. Man hat in den letzten Jahren anderseits wiederholt den Versuch gemacht, diese empirisch gefundene Thatsache von der Nützlichkeit der Schwefelbäder während der Syphilisbehandlung dadurch in theoretischer Weise zu widerlegen, indem man wie Elsenberg annahm, dass der freie Schwefelwasserstoff des Badewassers einen Theil der Wirkung der Inunctionen abschwäche, indem sich aus dem Quecksilber der grauen Salbe unlösliches und „unwirksames" Quecksilbersulfid bilde. Doch ist, wie Grabowski (Arch. f. Dermatol. Bd. XXXI, p. 188) nachdrücklich gezeigt hat, diese Ansicht in mancher Hinsicht widerlegt.

Zunächst wird durch Einwirkung von Schwefelwasserstoff auf die Quecksilberreste eines in Inunctionsdauer befindlichen Individuums nur ein kleiner Theil des oberflächlich liegenden und bereits unwirksamen Quecksilbermetalls in Sulfid umgewandelt, während der bereits in die Tiefe der Poren eingedrungene Theil der grauen Salbe schon in chemische Verbindung mit den Drüsenepithelien getreten, beziehungsweise durch Resorption in die Blutbahn gelangt ist. Durch täglich unmittelbar nach dem Schwefelbade wiederholtes Inungiren kann ja die kleine Menge des neutralisirten, d. h. in unwirksames Quecksilbersulfid verwandelten Quecksilbers reichlich ersetzt und damit der Verlust an Salbe völlig ausgeglichen werden. Damit wäre es allenfalls in Zusammenhang zu bringen, dass die Mengen der inungirten Salbe in Schwefelbädern erfahrungsgemäss grösser genommen werden und auch grösser sein können, ohne dass Intoxicationssymptome eintreten, weil immer ein Theil des inun-

girten Quecksilbers in Quecksilbersulfid verwandelt und weniger wirksam gemacht wird.

Diese Erfahrungsthatsachen allein würden die Ansichten über die gegensätzliche Wirkung des Schwefelwassers auf eine Inunctionscur schon ins Wanken bringen. Nun hat aber Grabowski im Verein mit seinem Collegen Sulimierski ausserdem noch durch Versuche nachgewiesen, u. zw., nicht nur an einzelnen Thieren, sondern auch an Kranken, dass das als unwirksam angesehene Quecksilbersulfid, ähnlich wie das metallische Mercur, in Salbe aufgenommen und zur Inunctionscur verwendet, eine ganz beträchtliche Mercurwirkung hervorruft, ja eine solche Wirkung, dass dieselbe der einer Inunction mit grauer Salbe kaum nachsteht. Ja er hat im Verlaufe von Inunctionen mit Quecksilbersulfidsalbe nicht nur deutlichen und präcisen Rückgang syphilitischer Erscheinungen, sondern auch Stomatitis erzeugen können. Neuerdings hat Winkler[8]) (Nenndorf) auf Grund dieser experimentellen Thatsache sogar auch den inneren Gebrauch von Schwefelwässern zur Unterstützung der Hg-Wirkung empfohlen. Aus alledem folgt, dass eine gegentheilige Wirkung von Schwefelwässern auf Inunctionen weder bei gleichzeitigem äusserem noch innerem Gebrauche der ersteren weder in der Theorie noch in der Praxis aufrecht zu erhalten ist.

In seinem ausführlichen Referate über Balneotherapie und Syphilis, das Neisser in Breslau im Jahre 1899 vor dem Verein schlesischer Badeärzte erstattete, hat sich derselbe trotzdem veranlasst gesehen, als eine der zweckmässigsten Methoden, um Syphilis in Badeorten zu behandeln, Injectionen von Quecksilbersalzen zu empfehlen, in der Voraussetzung, dass dadurch ein Antagonismus zwischen Quecksilber- und Schwefelwirkung in der Haut selbst nicht zustande komme. Für diejenigen Fälle, insbesondere recenter Syphilis, bei welchen Injectionen ja im Allgemeinen am meisten angezeigt sind, erscheint dieser Ausweg gewiss in vielen Fällen als zweckmässig. Erfahrungen der in Badeorten practicirenden älteren Aerzte scheinen es aber immer wieder zu beweisen, dass den Kranken der Gebrauch der Inunctionscur von grösserem Nutzen ist und auch viel besser in den Rahmen einer nicht nur der Behandlung, sondern auch der Erholung gewidmeten Cur passt,

---

[8]) Verhandlungen der 20. wissenschaftlichen Hauptversammlung der deutschen balneologischen Gesellschaft, 1902.



als das immerhin einigermassen schmerzhafte und das Wohlbefinden der Patienten mehr tangirende Injectionsverfahren, sei es, dass dasselbe nun mit Quecksilbersublimat oder einem anderen, leicht löslichen Quecksilbersalz, sei es, dass dasselbe mit grauem Oel, Quecksilbersalicylat oder einer anderen schwerer löslichen Quecksilberverbindung erfolgt.

Von diesen Erwägungen ausgehend, habe ich in den Fällen von Syphilis, die ich im Schwefelbade Baden bei Wien unter gleichzeitiger Bäderbehandlung mercuriell zu behandeln für nöthig erachtete, es allmälig für nützlicher befunden, meine Kranken inungiren zu lassen, als dieselben mit Quecksilber zu injiciren.

Auf dem letzten, dritten wissenschaftlichen Balneologen-Congresse in Wien hat Eduard Spiegler[9]) ebenfalls auf diese Thatsache hingewiesen und nebst den hier erwähnten und seinerzeit von Grabowski ausführlich erörterten Thatsachen auch noch den Gesichtspunkt in Betracht gezogen, inwiefern die Inunctionscur, von der man neuerdings annehmen wollte, dass sie mehr durch Inhalation von den Lungen her, als durch Resorption durch die Hauptporen wirke, möglicherweise durch gleichzeitige Schwefelbäder beeinträchtigt werden könne. Er kam dabei, wie früher schon Schuster[10]) in Aachen und wohl noch viele Andere, z. B. Neumann[11]), Lang, seit Jahren annehmen, dazu die Frage ebenfalls im negativen Sinne zu beantworten, insofern er gar nicht die Ansicht theilt, dass eine wesentliche Componente der Quecksilberwirkung bei der Inunctionscur im Wege der Inhalation, d. h. Abdünstung und Aufnahme der abgedünsteten Gase durch die Lunge zustande komme — eine Ansicht, die auch ich bereits des Oefteren ausgesprochen habe. Meine eigene Erfahrung, die ich in den letzten drei Jahren mit Mercuriol (Almquist) und Pulvis cinereus (Egger) gewonnen, und von denen ich bereits zweimal, wenn auch nur kurz, mündlich öffentliche Mittheilung gemacht habe,[12]) zeigten mir näm-

---

[9]) Verhandlungen des 3. wissenschaftlichen Congresses des Centralverbandes der Balneologen Oesterreichs, 1902. Im Erscheinen begriffen.

[10]) Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 48 u. 51.

[11]) Die Syphilis. 2. Aufl. Wien 1899. S. 803 u. a. a. Orten.

[12]) Ueber Syphilisbehandlung in Badeorten. Vortrag im Verein der Badener Curärzte. August 1899.

Die Wirkung der Badener Thermalquellen auf den Syphilisprocess und einzelne Dermatosen. Vortrag gehalten im Verein der Oedenburger Aerzte. Mai 1900.

lich, dass man durch derartige prolongirte Hg-Zufuhrsmethoden wohl deutliche Quecksilberwirkungen toxischer sowie therapeutischer Art, z. B. leichte Stomatitis, geringes Zurückgehen von Roseolaflecken erzeugen könne, dass aber die Wirkung dieser Hg-Behandlung im Verhältnisse zu der bei einer ordentlich geleiteten Schmiercur von der letzteren um ein Vielfaches übertroffen wird, so dass die Indication für solche einfache Behandlungsmethoden nur insoweit gerechtfertigt erscheint, als man an der Durchführung anderer Curen durch äussere Verhältnisse gehindert ist, beispielsweise bei der Behandlung der bäuerlichen Bevölkerung, bei der Behandlung von solchen Individuen, die räumlich so weit vom Arzte entfernt sind, dass ein öfteres Erscheinen derselben schwer möglich ist. Aber auch bei solchen Personen sind die unangenehmen Nebenwirkungen, z. B. das zeitliche Auftreten von Stomatitis unverhältnissmässig gross gegenüber der eigentlichen Wirkung auf den Syphilisprocess, wie dies auch Spiegler (l. c.) hervorgehoben hat, so dass die mercurielle Behandlungsmethode mittels Hg-Inhalationen von präparirten Flanellen, Schürzen etc., mit den älteren, lange bewährten Inunctionen und Injectionen wohl kaum Aussicht erlangen wird, concurriren zu können.[13])

Unter den Autoren, welche über langjährige Erfahrungen in Bezug auf den Gebrauch von Schwefelbädern verfügen, ist es namentlich Schuster in Aachen, der mit ebensoviel Geschick als Verständniss auch seine auf eigene Erfahrungen und Versuchen basirte Anschauung wiederholt in Wort und Schrift zum Ausdruck gebracht hat, dass die zweckmässigste Quecksilberbehandlung in Badeorten, in denen die Syphiliskranken auch regelmässig Bäder gebrauchen, nur in einer gut geleiteten Inunctionscur bestehen könne.

Nicht kleinliche und opportunistische Momente, die Badeärzten leider zu oft zugeschrieben werden, sondern die Erfahrung und die Ueberlegung muss es jedem Denkenden auch durchaus plausibel machen, dass eine durch fortgesetzten Bädergebrauch

[13]) Es ist eine bekannte, auch von Lanz in seiner grossen Arbeit über mercurielle Stomatitis hervorgehobene Thatsache, dass die Stomatitis mercurialis bei Schmiercuren in vielen Fällen auf die directe Wirkung des in die Mundhöhle einströmenden Quecksilberdampfes zurückzuführen ist, was umso wahrscheinlicher ist, als Stomatitis sich am häufigsten dann zeigt, wenn selbst kleine Mengen von Quecksilber, jedoch in der Nähe des Mundes oder der Nasenöffnung, zur Application, Inunction, Salbenbehandlung etc. verwendet wurden.



hyperämisirte Haut für den Resorptionsprocess besonders geeignet ist. Durch passende Wahl der Stunde der Inunction, unmittelbar nach dem Bade, wo die Haut am meisten hyperämisch, aber auch frei von Schmutz, Mikroorganismen, Schweiss und Zersetzungsproducten ist, wird die Sigmund'sche Inunctionscur, sachgemäss und unter Leitung des Arztes durchgeführt, das Meiste leisten, was durch Quecksilberwirkung im speciellen Falle überhaupt erreicht werden kann.

Die durch die Badecur, den Aufenthalt im Freien, die Einhaltung einer gewissen regelmässigen hygienischen Lebensweise, Vermeidung alkoholischer Getränke und Enthaltung vom Rauchen hervorgerufene Regelmässigkeit und Intensität aller Organfunctionen bewirkt allerdings auch eine weit grössere Empfindlichkeit, die naturgemäss dem Heilungsprocess solange zugute kommt, als auch die Hg-Behandlung vom Arzte streng individualisirt und beaufsichtigt wird und die ärztlichen Vorschriften genau eingehalten werden, die aber andererseits leicht zu Complicationen. Störungen der Quecksilberausscheidung, Mercurialismus, mercurieller Periostitis etc. führen kann, wenn solche in Cur befindliche Kranke Excesse irgendwelcher Art begehen oder sich selbst oder Badewärtern überlassen bleiben.

Wenn ferner bei der Behandlung von Syphiliskranken in Schwefelbädern dem Schwefelgehalte des Badewassers ein directer positiver oder negativer Einfluss auf die specifischen Infiltrationsproducte als durchaus unerwiesen angesehen werden muss, so gelingt es doch gerade wieder am besten in Schwefelbädern mit Hilfe stufenweiser Prolongirung derselben, sowie durch Einwirkung der Thermaldouchen, mitunter jene so heilsamen fluxionären Hyperämisirungen an Ort und Stelle der krankhaften Infiltrationen zu erzeugen, selbst dann, wenn diese ziemlich tief in den Muskelschichten oder selbst in den Knochen sitzen, weil gerade den Schwefelwässern gegenüber selbst eine empfindliche Haut der energischsten und brüskesten Behandlung gegenüber resistent zu bleiben vermag.

Gerade die Erfahrungen der letzten Jahre, in denen unter den physikalischen Heilmethoden ja auch die Thermotherapie eine zielbewusste Ausbildung und Anwendung gefunden hat, zeigten es am besten, dass ältere residuale Processe, z. B. Haut- und Knochengummata und Periostosen, die durch specifische Behandlung mit Jod oder Quecksilber allein nicht zum Verschwinden gebracht werden, im Verein mit thermotherapeutischen Localproceduren

jedoch relativ rasch, jedenfalls rascher und gründlicher als ohne dieselbe zur Resorption gebracht werden können. Auf diesen Punkt wird meines Erachtens viel zu wenig Gewicht gelegt, und von diesem Gesichtspunkte aus möchte ich glauben, dass die hyperämisirende Wirkung von Badeproceduren, und dies der guten Tolerirung wegen, insbesondere in Schwefelbädern, bei uns zu Lande noch immer viel zu wenig Verbreitung gefunden hat, und von den Aerzten auch viel zu wenig beachtet wird.

Was speciell die Behandlung von Syphilisformen mittels Quecksilberinjectionen in Badeorten betrifft, welche von manchen Seiten, z. B. von Geheimrath Neisser (l. c.), aber auch noch von vielen Anderen empfohlen worden ist, weil dieselbe angeblich rationeller sei, als die mit Inunctionen, so habe ich, obwohl ich mich seit vielen Jahren mit der Ausbildung einer der wirksamsten Injectionsmethoden, die es überhaupt gibt, der mit Ol. cinereum Lang beschäftigte und dieselbe an sehr zahlreichen Kranken in der Spitals- und Privatpraxis auch angewendet habe, dennoch weder diese Methode, noch irgend andere Arten von Hg-Injectionen in Badeorten jemals besonders empfehlen und mich auch nur ausnahmsweise zu solchen entschliessen können, u. zw. aus folgenden Ueberlegungen: Wenn sich der Kranke entschliesst, in einen Badeort zu gehen, so soll derselbe nach Beendigung der Badecur und bei Wiederaufnahme seines Berufes gekräftigt sein, er soll auch keine unverdauten und unresorbirten Quecksilberreste in die Stadt zurückbringen, wo der ihn behandelnde Arzt ja ohnedies kein anderes zweckmässigeres Mittel zur Verfügung und bei Wiederausbruch der Symptome in Bereitschaft hat, als abermals Injectionen schwer löslicher Quecksilberpräparate. Nun aber wissen wir, dass solche Deposita sehr häufig unresorbirt liegen bleiben und erst Wochen und Monate nachher völlig zur Resorption gelangen, demnach zur Zeit, wo der Kranke den Badeort bereits verlassen, die Cur daselbst beendigt und auch dem Gesichtskreis und der Aufsicht des ihn daselbst behandelnden Arztes entrückt ist. Derartige intensive Injectionscuren während des Aufenthaltes in Badeorten bedingen demnach auch später noch gewisse Gefahren, z. B. Intoxicationserscheinungen mit sich, welche, wenn vorausgesehen, mindestens eine mehrwöchentliche bis mehrmonatliche Nachbehandlung in der Stadt, wenn sie aber, was auch vorkommt, nicht vorausgesehen wurden, für den Patienten recht unangenehme Nachwirkungen zu haben pflegen. Ich selbst konnte

mich von dem Vorkommen derartiger Fälle und mannigfacher daraus entstehender Inconvenienzen bereits überzeugen. Nimmt aber der im Curorte prakticirende Arzt, um dem auszuweichen, Zuflucht zu milderen, leicht löslichen und nicht lange nachwirkenden Präparaten, hauptsächlich zu dem Quecksilber-Sublimat, -Succinimid, -Formamid oder dem für leichtere Quecksilbercuren sehr geeigneten salicylsauren Quecksilber, dann ist die Gefahr für solche Nachwehen wohl weniger vorhanden, die Wirkung solcher leichter Mercurcuren im Verhältnisse zu der gut geleiteter Inunctionscuren ist aber entschieden eine minderwerthige, und dies umso eher, als es sich bei den in Curorte dirigirten Kranken ja höchst selten um die frischen, virulenten Formen der Lues handelt, welchen gegenüber vielleicht auch leichtere, rasch den Körper durchlaufende und aus demselben auch wieder austretende Quecksilberpräparate genügende Wirkung entfalten, sondern weit häufiger um die tiefer greifenden Spätsyphilide, um Erscheinungen im Muskel- oder Knochensystem oder den Visceralorganen.

Aus allen dem bezüglich der Syphilisbehandlung Gesagten aber folgt, dass man in schwereren Syphilisfällen keineswegs auf die wirksamere Inunctionscur verzichten und zu den weniger verlässlichen Injectionscuren greifen müsse oder solle, um so einem vermeintlichen Antagonismus zwischen Badewasser und grauer Salbe aus dem Wege zu gehen. Selbstverständlich wird dieser Ideengang im Einzelfalle den Arzt nicht davon abhalten müssen, seinen Kranken mittels Injectionsmethoden oder auf andere Weise mercuriell zu behandeln, wenn sich dazu besondere Indicationen ergeben.

Eine relativ geringere Rolle als in der Anwendung zu Badewässern spielen die Schwefelquellen für den Gebrauch von Trinkcuren. Ob dieselben, regelmässig während der Inunction genommen, jenen Werth haben, der ihnen z. B. von Winkler, wie schon früher erwähnt, zugeschrieben wird, entzieht sich vor der Hand wohl einem sicheren fachmännischen Urtheile, doch sind die meisten derselben, wenn vernünftig verabreicht, gewiss unschädlich, wegen irgend einem Nutzeffecte durch Controlversuche nicht sichergestellt. Thatsächlich haben auch andere erfahrene Aerzte wiederholt den Gebrauch solcher Trinkcuren neben der Inunction empfohlen. Es ist zweifellos richtig, dass hier, wie Wilhelm Pollak (Hall) auf dem letzten Balneo-

logencongress[14]) hervorgehoben hat, die kochsalzhältigen Quellen im Verlaufe regelmässiger Trinkcuren durch ihre mächtige Einwirkung auf den Stoffwechsel allen übrigen, so auch den Schwefelquellen weitaus überlegen sind, den letzteren aber auch schon wegen ihrer besseren Verdaulichkeit. Es lassen sich übrigens, wie ich aus eigener Erfahrung sagen kann, selbst jene durch ihren starken Kalkgehalt relativ schwerer verdaulichen Quellen durch Verdünnung mit kochsalzhältigen und schwefelsaures Natron enthaltenden Bitterwässern (Karlsbader Schloss- oder Mühlbrunn) besser bekömmlich gestalten oder in ihrer mitunter etwas styptischen Wirkung abschwächen. Eine besondere Bedeutung hat dies weniger für den Syphilisprocess selbst, wo wohl nur bei alten Schwielen, Gummata in den Muskeln, Knochen oder in den Viscera, z. B. der Leber, Trinkcuren angerathen sind, weil durch sie erfahrungsgemäss die schwieligen Gewebe von den in ihnen aufgestapelten, alten, unwirksamen Quecksilberresten befreit und für die Wirkung später neu einzuführender Quecksilberpräparate empfänglicher gemacht werden, als für die heute allerdings nicht mehr so häufigen Fälle von chronischem Mercurialismus und für die anderen chronischen Metallintoxicationen, insbesondere den chronischen Saturnismus. Bei der enormen Bedeutung, welche der Darmtract, insbesondere der Dickdarm, für die Quecksilberausscheidung der zumal in toxischen Mengen einverleibten Metallgifte (Hg, Pb, As) besitzt, ist es ja klar, dass es kein besseres Mittel gibt, um die in dem Darmsaft zur Ausscheidung gelangenden Metallsalze in schwer lösliche und minder giftige Sulfide zu verwandeln, als systematischer innerer Gebrauch von Schwefelwässern. Der theoretischen Ueberlegung entsprechen übrigens auch die guten Erfolge, welche in Curorten mit Schwefelwässern an solchen Kranken gelegentlich beobachtet wurden und werden; dass aber gerade bei solchen Kranken die mehr indifferenten, sogar eher styptischen, kalkhaltigen Wässer besser angerathen und verwendbar sind, als die glaubersalzhältigen, weil dieselben wegen ihres schlechten Geschmackes und der durch sie erzeugten Diarrhö schlecht bekommen, ist wohl selbstverständlich. Ich habe verhältnissmässig selten Gelegenheit gehabt, im Curorte Baden bei Wien Kranke mit acutem oder chronischem Mercurialismus, noch

---

[14]) Verhandlungen des Centralverbandes der Balneologen Oesterreichs, 1902. Im Erscheinen begriffen. Wien. med. Wochenschr. 1902.

seltener solche mit anderen Metallvergiftungen Behaftete zu sehen, wohl hauptsächlich deshalb, weil in den letzten Jahren einerseits durch die Vorsicht der Aerzte, andererseits durch die Schaffung von Gewerbeinspectoraten und gewerbehygienische Massregeln derartige Intoxicationen überhaupt selten zur Beobachtung gelangen.

Es erscheint mir schliesslich noch am Platze, über den Werth des inneren Gebrauches schwefelhaltiger Wässer, z. B. des aus den Badener Thermalquellen, für einzelne Hautkrankheiten zu sprechen, zumal für solche, bei denen wir seit jeher den Gebrauch von Schwefelpräparaten empfehlen. Ich kann hier bloss beim Akneprocess und beim Pemphigus über günstigen Erfolg berichten. Sowohl hartnäckige, immer recidivirende Akne bei juvenilen Individuen, als auch der Process der Acne rosacea, besonders wenn er intensiv auftritt, endlich jene Fälle von Pemphigus chronicus, bei denen sich der Pemphigusprocess nur auf wenige Stellen localisirt, ganz besonders aber bei den pruriginösen Formen desselben, weiterhin in einer Reihe von Fällen von Pruritus localis habe ich von dem inneren Gebrauche der Badener Römerquelle theils pur, theils mit dem Karlsbader Mühlbrunn gemengt, wiederholt und mit bestem Erfolge Gebrauch gemacht. In allen diesen Fällen ist eine genaue Beaufsichtigung der Diät des Kranken, insbesondere des Verhaltens seiner Magen- und Darmfunction, von besonderem Werthe und auch bestimmend für die Möglichkeit einer systematischen, mehrwöchentlichen Durchführung einer solchen gemischten Bädercur.

REFERATE.

Interne Medicin.

Weitere Mittheilungen über Hedonal. Von Dr. B. Tendlau.

Bei Herzkranken sah Vf. vom Hedonal überraschend gute Resultate. Eine Patientin, welche an einer hochgradigen Myokarditis mit Dilatatio cordis und Compensationsstörungen litt, konnte Morphium nicht vertragen, sie erhielt einigemale ohne Erfolg Chloralhydrat, schlief aber sehr gut nach Darreichung von 2 g Hedonal. Ferner konnte Vf. einen guten Schlaf herbeiführen

bei Agrypnie infolge heftigen Juckreizes, der durch ein über den ganzen Körper verbreitetes Erythema exsudativum multiforme hervorgerufen wurde. Auch hier betrug die jedesmalige Dosis des Mittels 2 g. Mit geringen Mengen Hedonals (1 g) erzielte Vf. eine schlafmachende Wirkung bei einer Patientin, welche an Phthisis pulmonum litt. Vf. versuchte dann das Hedonal mit wechselndem Erfolge bei verschiedenen Formen von Nephritis, bei schweren cerebralen und spinalen Nervenleiden, bei Morbus Basedowii etc. Wenn auch die Wirkung nicht stets gleich günstig war und manchmal völlig ausblieb, so erzielte Vf. doch häufig einen über mehrere Stunden sich erstreckenden Schlaf, der stets ohne üble Nachwirkung blieb und den Patienten grosse Erquickung bereitete. Am wenigsten Einfluss hatte das Mittel bei Agrypnie infolge heftiger Schmerzen und starker psychischer Erregung, doch schien es hier, neben Morphium dargereicht, die Wirkung des letzteren sehr günstig zu unterstützen. Besonders deutlich war dies in einem Falle von Phthisis pulmonum mit langdauernder Hämoptoe. Es handelte sich um ein sehr ängstliches und hochgradig erregtes Mädchen, das trotz 6—8 cg Morphium pro die kaum einige Stunden schlafen konnte, gab Vf. jedoch neben der gleichen Dosis Morphium 2—3 g Hedonal, so stellte sich ein tiefer, die ganze Nacht hindurch währender Schlaf ein. — (Fortschr. d. Med. Nr. 5, 1902.)

Ein Beitrag zur medicamentösen Behandlung der Tuberculose
Von Prof. Errico De Renzi.

Wenn Vf. auch die grosse Wichtigkeit der hygienischen Behandlung, ganz besonders derjenigen in Sanatorien, vollauf anerkennt, so erachtet er es doch für geboten, darüber die medicamentöse Behandlung der Tuberculose nicht zu vergessen. Bei einer so schweren Krankheit wie der Lungenschwindsucht darf auch der geringe Nutzen, welchen man mit einigen pharmaceutischen Präparaten erzielen kann, nicht ausser Acht gelassen werden. Ausserdem hindert ja der Gebrauch dieser Mittel nicht daran, die hygienische Behandlungsweise, wo die Verhältnisse diese gestatten, voll und ganz auszunutzen. Von den pharmaceutischen Präparaten haben sich dem Vf. am besten bewährt das Ichthyol, das Ichthoform und das Natr. salicyl.

Vf. versuchte das Ichthyol in seiner Klinik bei verschiedenen, grösstentheils sehr schweren Fällen. Als hervorragendster

und nahezu beständiger Heileffect wurde die Abnahme des Bronchialkatarrhes wahrgenommen. Diese Abnahme äusserte sich in der geringeren Menge des expectorirten Secretes, sowie in der durch das partielle Verschwinden der Rasselgeräusche herbeigeführten Veränderung des stethoskopischen Befundes. Als zweiter Heileffect zeigte sich eine Zunahme des Körpergewichts und eine Besserung des Allgemeinbefindens. Es ist ein grosser Vorzug des Ichthyols, dass es überaus lange Zeit gegeben werden kann, ohne irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen hervorzurufen. Das Ichthyol kann auch in Fällen von Hämoptoe oder mit Neigung zu Hämoptoe angewandt werden, da es gefässzusammenziehend wirkt. Auch glaubt Vf., dass das Ichthyol in allen nicht zu weit vorgerückten Fällen versucht werden sollte.

Das Ichthyol, wenn man aus demselben einen entsprechenden Nutzen ziehen will, soll in grossen Dosen und möglichst auf längere Zeit verabreicht werden. Vf. gibt folgendes Präparat: Rp. Ichthyol ammon. 25 g, Aq. destill. 60 g, Alcohol rectif. (80°) 60 g, Syr. citr. 50 g, Syr. cort. aurant. 50 g, total 245 g; oder Rp. Ichthyol ammon. 25 g, Elixir simpl. (Pharmacop. americ.) 160 g, Aq. destill. 60 g, total 245 g: 1 Kaffeelöffel voll in einem Glas Wasser ein- oder mehrmals täglich.

Vf. liess die Cur gewöhnlich in folgender Weise durchführen: In der ersten Woche wurde ein Löffel der erwähnten Mischung in einem Glase Wasser gelöst, zur Hälfte des Morgens, zur anderen Hälfte des Abends gegeben. In der zweiten Woche zwei Löffel voll der Mischung in zwei Gläsern Wasser, in vier Malen auszutrinken und so weiter in steigender Progression. Die höchste Dosis war 8 bis 10 Kaffeelöffel voll, d. h. circa 8 g täglich. Bei Kranken von verhältnissmässig starker Körperconstitution wurde die tägliche Gabe des Mittels noch rascher gesteigert, und zwar fand diese Steigerung um einen Kaffeelöffel voll bereits alle drei Tage, bei einigen Kranken jeden Tag statt. — Folgende Mischung sagt den Kranken mehr zu: Rp. Ichthyol 10 g, Aq. menth. pip. 80 g, Syr. simpl. 20 g, 1 Kaffeelöffel in einem Glas Wasser in 2 Absätzen zu trinken. Man beginne die Cur mit zwei Kaffeelöffeln und steigere die Dosis täglich um weitere zwei Kaffeelöffel bis zur Höhe von ungefähr 10 oder 11 g per Tag.

Vf. hat das Ichthyol, obwohl seltener, auch mittels Inhalation verwenden lassen. Bei einer Tuberculösen der Klinik, welche

einen raschen Kräfteverfall, eine vasculäre Druckverminderung und einen unerträglichen Geruch des Sputums zeigte, hatte sich der Geruch bereits nach zweitägiger Behandlung ganz beträchtlich vermindert.

Das Ichthoform wurde in Pulvern von je 10—30 cg, bei täglicher Dosis von 1—3 g gegeben, nie wurde weder im Verdauungstractus noch in anderen Organen eine nachtheilige Wirkung beobachtet. Die Heilwirkung des Ichthoforms ähnelt derjenigen des Ichthyols, es übt im Speciellen einen wohlthätigen Einfluss auf die bei der Tuberculose häufigen Darmstörungen aus. Die Gasentwicklung, die Darmschmerzen, die Diarrhöe werden wirksam bekämpft und dadurch eine ausgiebigere Nahrungsaufnahme und -assimilation ermöglicht.

Das Natr. salicyl. wurde als antifebriles Mittel gegeben. Mit wenigen Ausnahmen sank die Maximaltemperatur, welche früher 39—40° erreicht hatte, bis nahezu auf 37°, und die Durchschnittstemperatur, welche vorher 38° betrug, bis unter 37°. Während dieser durch die Salicylwirkung herbeigeführten Verminderung der Temperatur riefen die Injectionen von Tuberculin fast keine Reaction hervor. Die Ausnahmsfälle, wo kein Erfolg erzielt wurde, sind durch die Unzulänglichkeit der zu kurz bemessenen Behandlung, sowie durch schwere Complicationen des ursprünglichen Leidens zu erklären. In der ersten Zeit der Salicylcur vermindert sich die Temperatur oder erreicht die normale Höhe; wenn man jedoch das Mittel plötzlich aussetzt, kehrt das Fieber sogleich mit fast derselben Intensität zurück; deshalb ist auch von vornherein eine wochen-, ja mitunter monatelange Behandlung in Aussicht zu nehmen, um die definitive Heilung des Fiebers zu erlangen und einen eventuellen Rückfall bei Aussetzung des Mittels zu verhüten. Durchschnittlich wurden gegen das Fieber 4—6 g pro Tag gegeben, und zwar trank der Patient hinter jedem Pulver von 1 g sogleich 1 Glas Wasser, 200—300 g. Ausnahmsweise wurden bis zu 8—10 g per Tag gegeben, wenn es sich um besonders anhaltend starkes Fieber handelte. Der cardiovasculäre Druck blieb während der Verabreichung der mässigen Gaben, 4—5 g, unverändert, während eine gewisse Herabsetzung desselben (10—12 mm Hg) erst nach dem Gebrauche der hohen Dosen wahrgenommen wurde. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18, 1902.)

Beitrag zur Frage der forcirten Ernährung abdominaltyphöser Kranker. Von Dr. M. A. Ladyschenski.

Vf. hat fünf Typhuskranken während der ganzen Krankheit gemischte, reichliche Nahrung verabfolgt. Die Diät war folgende: Des Morgens 2 Glas Milch mit Brot; um 11 Uhr Frühstück aus 2 Eiern oder Rührei, Butter, Schinken und Brot; um 3 Uhr Mittagessen aus Bouillon oder Suppe, gekochtem jungen Huhn und süsser Speise; Abendessen weich gekochte Eier und Schinken. Ausserdem trank der Patient täglich 5—6 Glas Milch. Von der vierten Woche ab, nachdem die Temperatur bereits vollkommen normal wurde, bekam der Patient gewöhnliche Hausmannskost. Vf. fasst seine mit dieser Ernährung gemachten Erfahrungen in Folgendem zusammen: 1. Die gemischte reichliche Ernährung blieb auf die Temperaturcurve sowohl im Sinne einer Steigerung, wie im Sinne einer Herabsetzung ohne Einfluss. 2. Sie verlängerte nicht den Krankheitsverlauf und kürzte ihn auch nicht ab. 3. Sie führte zu keiner Complication sowohl von Seiten des Magendarmcanals, wie auch von Seiten der übrigen Organe, Decubitus wurde auch nicht beobachtet. 4. Sie bewirkte Neigung zu Verstopfungen und wirkte günstig auf den Charakter der Entleerungen und auf den Zustand der Mundhöhle. 5. Das subjective Befinden der Kranken war bei gemischter und genügender Nahrung ein merklich besseres; die Patienten machten nicht den Eindruck Schwerkranker, sie waren im Stande, sich im Bette aufzurichten, selbst aufzustehen, sich längere Zeit zu unterhalten. 6. Das Reconvalescentenstadium war bedeutend kürzer, und die Kranken hatten nach Ablauf der Krankheit nicht das matte und abgezehrte Aussehen, wie es gewöhnlich die nach dem Hungersystem behandelten Typhösen darbieten. — (Wien. med. Presse Nr. 21, 22, 1902.)

Einiges von der medicamentösen Behandlung der Neurasthenie. Von Dr. Ralf Wichmann.

Aus der Summe der Arzneimittel, die bei der Behandlung der Neurasthenie in Frage kommen, hat sich mit der Zeit ein gewisser Stamm herausgebildet, welcher aus den bei dieser Krankheit wirklich werthvollen und dem Arzte unentbehrlich gewordenen Arzneimitteln besteht. Am einfachsten und meist auch lohnendsten ist die Behandlung eines mageren, blutarmen Neurasthenikers, falls die Magerkeit nicht erblich bedingt ist. Hierher gehören die häufigen Fälle von nervöser functioneller Dyspepsie. In solchen Fällen wird man von den internen Mitteln, Pepsin, Salzsäure, Condurango und

Orexin, ruhig absehen können. Tinct. amara, aromatica, Chin. comp., Rhei, Nuc. vomic., Valerian. sind oftmals nützlich.

Bei der Mästung magerer Neurastheniker kann man nicht nach der Schablone verfahren und Jeden längere Zeit ins Bett stecken, weil das nicht von Jedem vertragen wird. Weibliche Neurastheniker vertragen die typische Mastcur mit andauernder Bettruhe und möglichster Isolirung gut, männliche Neurastheniker nicht gut, ausgenommen solche, die schwerere oder leichtere Schmerzen oder Neuralgien haben. Im Einzelfall kann man dem Neurastheniker es nicht vorher ansehen, ob, respective wie er die Bettruhe verträgt. Man thut aber doch immer gut, anfangs auch jeden männlichen Neurastheniker, falls es sich um eine hochgradige erworbene Erschöpfung, sowie um eine Mastcur handelt, wenigstens versuchsweise auf einige Tage ins Bett zu legen. Hiebei wird man nun zweckmässig von den modernen Nährpräparaten, ganz besonders von dem Sanatogen, dem Plasmon, der Somatose etc. gleich von vornherein schon Gebrauch machen. Dann braucht man kein so grosses Milchquantum, auch keine so voluminösen Mahlzeiten, die durch ihren Umfang leicht den meist sehr empfindlichen Magen belästigen.

Die Eisenpräparate sind bei der Mastthcrapie der Neurasthenie von grossem Nutzen. Man soll aber des Guten nicht zu viel thun. Die alten Blaud'schen Pillen sind bei neurasthenischen bleichsüchtigen Frauen und Mädchen ganz vortrefflich. Bei blutarmen Männern wirken sie nicht so gut. Hier sind Chinineisenpillen oder Arseneisenpillen vorzuziehen. 1—2 Blaud'sche Eisenpillen sind hinreichend.

Das Levicowasser bildet gleichsam den Uebergang zu den Arsenpräparaten. Bei einer Blutarmuth eines Neurasthenikers sieht Vf. keinen Grund für die steigende und fallende Dosirung des Arsens. Man muss hier das Arsenik in ganz geringen Dosen, aber lange Zeit nehmen lassen. Vf. lässt das Levicowasser fast immer nur einmal täglich, und zwar die schwache Quelle gebrauchen, oder, falls es sich um die Solutio Fowleri handelt, auch diese in ganz beträchtlicher Verdünnung. Mit den übrigen Arsenwässern verfährt man zweckmässig ähnlich.

Als tonisirende Mittel kommen auch die Präparate aus Ovarien, respective Testikelsubstanz in Betracht. Es ist nicht richtig, wenn man die Präparate aus Ovarien bei castrirten Frauen nur zur Zeit der ehemaligen Menses nehmen lässt; man muss sie vielmehr

anhaltend nehmen lassen, eine Tablette à 0·3 bis 0·5 täglich oder jeden zweiten Tag.

Das aus Testikelsubstanz hergestellte Didymin wirkt bei Männern mehr und anders, als bloss psychisch und ist jedenfalls unschädlich. Zu bedauern ist, dass die übrigen flüssigen Spermin- und Sequardinpräparate immer noch verhältnissmässig theuer sind und sich deshalb im Allgemeinen noch nicht der Beachtung seitens der Aerzte erfreuen, welche diese Präparate entschieden verdienen. Das Yohimbin ist ein merkwürdig wirkendes Specificum, welches nur sehr vorsichtig zu verwenden ist. Validol hat die Eigenschaft, eine eigenthümliche Empfindung im Halse zu verursachen, die bei manchen hypochondrisch beanlagten Neurasthenikern zu Beängstigung Anlass geben kann.

Zu warnen ist vor dem Gebrauch der Thyreoideapräparate bei corpulenten Neurasthenikern, sofern sie gegeben werden, um Abmagerung zu bewirken; gleichfalls vor dem Gebrauch abführender Mineralwässer bei Curen, die denselben Zweck bei Neurasthenikern im Auge haben.

Moschus und Aether braucht man beim Neurastheniker nicht. Gegen Hoffmannstropfen ist nichts einzuwenden. Kampher kommt nur in Verbindung mit Brom bei sexueller Neurasthenie in Frage. Collapse bei reiner Neurasthenie, welche Aether- oder Kampherinjectionen benöthigen, sind äusserst selten. Lupulin scheint beim Mann ähnlich zu wirken wie beim Weibe der Baldrian.

Von den Herzmitteln werden Strophantus und ganz besonders Digitalis bei Neurasthenikern viel zu oft kritiklos verordnet oder auch in verkehrter Weise. Man bekommt häufig Neurastheniker mit ganz fehlerfreiem Herzen, lediglich mit hoher Pulsfrequenz und allen möglichen Beschwerden in Behandlung, welche wochenlang Digitalis genommen haben, ohne eine Wirkung auf das Herz gehabt zu haben. Diese Kranken werden nach Fortlassen der Digitalis fast immer besser, wenn man sie mit kalten Wasserapplicationen behandelt.

Bei Herzschwäche, beschleunigtem Puls und verbreiterter Herzdämpfung wird man eventuell Kampher, aber auch Digitalis etwa 0·5 in zwei Tagen benöthigen. Daneben sind Bettruhe und Eisblase ebenso wichtig als Digitalis.

Bei Kranken mit Tachykardie, Blutarmuth, Magenbeschwerden, schmerzhafter Beklemmung, grosser körperlicher Schwäche und Hinfälligkeit infolge von Nicotinmissbrauch Digitalis zu geben.

hält Vf. nicht für richtig. Man thut gut, das Rauchen ganz zu untersagen.

Ist die Nahrung zweckmässig aus Fleisch und Pflanzen gemischt, so brauchen keine pflanzlichen Nährsalze zugeführt zu werden, wie man dann auch keine thierischen Nährsalze zuzusetzen braucht. Der Nutzen der Fleischextracte ist ebenso gross und ebenso berechtigt, wie der der pflanzlichen Nährsalze. Von den thierischen Nährsalzpräparaten ist Puro ein sehr zweckmässiges, weil es neben dem Extract auch noch Eiweiss enthält in grösserer Menge, so dass es ein wirkliches Nährmittel darstellt.

Der Fellow'sche Syrup und der Syrup. hypophosphit. compos. Dr. Egger sind bei Neurasthenikern stets mit einer gewissen Vorsicht zu gebrauchen. Man beginne stets mit geringen Dosen und in starker Verdünnung durch Wasser und bleibe unter der Gebrauchsvorschrift des Etiketts. Denn manche Gefässsysteme reagiren unangenehm schon auf Gaben von 1 Theelöffel oder vertragen das Präparat überhaupt nicht.

Der Phosphor kann als Medicament auch mit Natrium (Glycerin), mit Kalk, sowie mit Leberthran verbunden gereicht werden. Der Leberthran scheint bei der Behandlung magerer Neurastheniker und besonders neurasthenischer Kinder immer noch nicht genügend gewürdigt zu werden. Die Verbindung des Leberthrans, des Jodkali und Jodnatron kommen bei manchem, auch nicht luetischen Neurastheniker mit gesunden Blutgefässwandungen in ganz geringen Gaben für längere Zeit sehr wohl in Frage, um die „innere Gewebsosmose zu beeinflussen" und also auf den Stoffwechsel zu wirken. Zu demselben Zweck benutzt Vf. Salzwasser.

Bei krankhafter, nervöser Uebererregbarkeit bei Neurasthenikern kommt man in sehr vielen Fällen mit Chamillenthee und Baldrian aus und man braucht nicht gleich Brom, Chloral und Morphin hervorzulangen. Die drei Bromsalze zusammen als Gemisch zu geben hat bei Neurasthenie gar keinen Zweck. Entweder das Bromnatrium in Lösung allein oder das sehr bequeme Sandow'sche brausende Bromsalz. Chloral hat man beim Neurastheniker, abgesehen bei Schlaflosigkeit, nicht nöthig. Morphium nur sehr selten und stets nur in Fällen, welche keine reine Neurasthenie mehr sind, sondern z. B. durch Neuritiden complicirt werden. Eventuell vorher noch Codeïn oder Dionin, falls man vergisst, an die hautableitenden Proceduren durch Revulsiva zu denken. Opium bewirkt in manchen Fällen von Neurasthenie mit Zwangsvorstellun-

gen und Angstzuständen vorübergehende Erleichterung. Sulfonal in Dosen von 0·1 mehrmals am Tage hat eine ähnliche Wirkung, doch darf man es nicht zu lange hintereinander geben.

Auch Schlafmittel kann man gewöhnlich nicht ganz entbehren. Man mache es sich aber zur Pflicht, jedenfalls mit ihnen häufig zu wechseln. Dann können Sulfonal und Trional gebraucht werden, aber stets gehörig verdünnt. Die harmlosesten, medicamentösen Schlafmittel sind Zuckerwasser oder Milchzucker oder gequirlte saure Milch. Dann kommt Bier. Ferner Baldrianthee, Bromnatrium, oder beides zusammen, schliesslich Sulfonal, Trional, Amylenhydrat mit oder ohne Bier. Paraldehyd, Chloralamid, Chloralhydrat mögen als Nothbehelfe theilweilig benützt werden. Ebenso einige andere neuere Präparate. Die Bromidia vermeidet man am besten. Schlafmittel sind als Adjuvans nur von Zeit zu Zeit zu den übrigen physikalisch-diätetischen therapeutischen Massnahmen zu benützen. Was die symptomatische Behandlung der so mannigfachen Schmerzen der Neurastheniker betrifft, so denke man stets daran, dass die meisten Schmerzen bei Neurasthenie nach kurzer Zeit von selbst verschwinden und schiesse nicht gleich bei erster Gelegenheit mit allzu grobem Geschütz los. Gewöhnlich reichen ableitende Proceduren, welche statt der Magenschleimhaut die äussere Haut treffen, aus. In hartnäckigen Fällen sind von Medicamenten Antipyrin und Salipyrin, sowie Phenacetin und Acetanilid die gebräuchlichsten. Den beiden letztgenannten dürfte schon manch ein Todesfall im Collaps zuzuschreiben sein, der unerklärlich geblieben ist. Bei Neurasthenikern mit Neigung zu kalten Extremitäten mit kleinem beschleunigten Pulse, mit etwas verbreiterter, auf Stauung beruhender Herzdämpfung hüte man sich vor diesen beiden Mitteln. Vf. sah einen Collaps nach 0·12 Acetanilid, der subcutane Kampher-Aetherinjection nöthig machte, nachdem zwei Tage vorher 0·25 ganz gut vertragen worden waren. Von Methylenblau hat Vf. manchmal eine günstige Wirkung auf Schmerzen bei Neurasthenikern gesehen. — (Reichs-Medic.-Anz. Nr. 1, 1902.)

Die Blutstillung bei Hämoptoë. Von Dr. Otto Niedner. (Med. Universitätsklinik in Berlin: Prof. Dr. E. v. Leyden.)

Vf. machte Versuche, durch mechanische Fixirung der erkrankten Seite die Lungenblutungen zum Stillstande zu bringen. Der Verband, der zu diesem Zwecke am Thorax angelegt wird, muss folgenden Forderungen gerecht werden: Er soll bequem und

schnell ohne Erschütterung des Patienten anzulegen sein; er darf niemals drücken, soll aber trotzdem die erkrankte Seite kräftig comprimiren und für eine Reihe von Tagen oder besser noch Wochen vorhalten. Zum Verbande benutzte Vf. Helfenberger Kautschuk-Heftpflaster, welches in 3 cm breite und etwa 60 cm lange Streifen geschnitten wurde. Zuerst wurde die Lungenspitze comprimirt; Vf. führte, Wirbelsäule und Sternum als feste Punkte benutzend, die Streifen von der Wirbelsäule (etwa von der Höhe des dritten bis vierten Brustwirbeldornfortsatzes) beginnend über die Spitze unter starkem Zuge nach dem Sternum und liess dann, den vorhergehenden Streifen jeweils halb deckend, die übrigen Streifen gleichfalls unter starkem Anziehen derselben folgen. Zum Schutze der Clavicula, eventuell auch der Spina scapulae, und um gerade auch hier eine kräftige Compression der sie begrenzenden Gruben zu erzielen, wurden entsprechend grosse und feste Watteballen in die betreffenden Gruben gelegt. Dann folgte zur Compression der seitlichen Lungenpartien eine horizontale Streifenlage, welche, an der Wirbelsäule etwa in der Höhe des dritten bis vierten Brustwirbeldornfortsatzes beginnend, ebenfalls unter starkem Zuge unter der Achsel fort bis zu dem Sternum geführt wurde und die erste Tour zum Theil deckte. Die Achselhöhle und Mamilla wurden mit kleinen Watteballen versehen, die Mamma musste durch ausbiegende Touren umgangen werden. Mit diesem Verbande wurden bisher 5 Kranke behandelt; in 3 Fällen war der Erfolg überraschend günstig. Die Anwendung des Verfahrens setzt voraus, dass der Sitz oder wenigstens die Seite der Erkrankung, beziehungsweise der Blutung bekannt ist; es dürfte sich in den meisten Fällen hierüber schnell Klarheit schaffen lassen, da die Mehrzahl der Kranken eine deutliche subjective Empfindung für den Ort der Blutung besitzt, und wo erstere im Stich lässt, dürfte eine schonende Untersuchung meist zum Ziele führen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23, 1902.)

Klinische Erfahrungen über Behandlung der Perityphlitis. Von Prof. Ch. Bäumler.

B. hat das ganze Material seiner Klinik vom 1. October 1876 bis 1. October 1901 durchgesehen, um die Frage zu entscheiden, ob nach dem Ausgange des betreffenden Krankheitsfalles und am Massstabe unserer heutigen Anschauungen im Einzelfalle Manches hätte anders gemacht werden müssen, ganz besonders aber, ob einer oder der andere Fall durch frühzeitige Operation zu retten gewesen

wäre. Alle Fälle, in denen ein nachweisbarer Abscess zur Ausbildung gelangt war, sind der chirurgischen Klinik zur Operation übergeben worden. Es ist bei den vom Proc. vermiformis ausgehenden Entzündungsprocessen von entscheidender Bedeutung, wie frühzeitig der Kranke in geeignete Behandlung kommt. Zwei Momente werden durch rechtzeitige Behandlung vermieden: Körperbewegung und Abführmittel. Es gibt keine Typhlitis stercoralis. Die Geschwulst bei der Perityphlitis besteht aus den mit der erkrankten Stelle entzündlich verklebten Nachbartheilen. Gefahren für das Cöcum durch festen Kothinhalt existiren nicht, die Gefahren durch Stagniren flüssigen Inhalts sind gering gegenüber der eminenten Gefahr, dass bei einer perityphlitischen Geschwulst die den Krankheitsherd abschliessenden Verklebungen durch vermehrte Peristaltik gelöst und immer wieder neue Serosastellen inficirt werden. Ergibt sich bei der Digitaluntersuchung, dass das Rectum gefüllt ist, dann lasse man in Rückenlage 100—150 g erwärmten Olivenöls einfliessen. Der Processus vermiformis kann auf zweifache Weise in Mitleidenschaft gezogen werden: durch einfache Fortpflanzung des Entzündungsprocesses oder durch Einpressung des Cöcuminhaltes in den Processus bei den krampfhaften Cöcumcontractionen, da ja nur selten eine wirkliche abschliessende Klappe vorhanden ist. Innerliche Darreichung von Antisepticis hat keinen Werth. Die Indication zur Förderung der Verklebungen und zur Beschränkung des Entzündungsprocesses wird man zumeist durch subcutane Morphiuminjectionen erfüllen. Gegen die vom Entzündungsherde ausgehenden Schmerzen ist ununterbrochen einwirkende Kälte meist sehr wirksam.

Der Verlauf hängt im Wesentlichen ab von der Art und Ausdehnung des ursprünglichen Krankheitsherdes, sowie von der Lage des Appendix und der erkrankten Stelle in demselben. Liegt der Wurmfortsatz retroperitoneal an der Innenseite des Cöcums und nach aufwärts verlaufend, dann kann bei seinem Erkranken eine retroperitoneale Zellgewebsentzündung entstehen unter dem Bilde eines Psoasabscesses. Selbst ein offenbar stark eiterhältiges Exsudat kann im Verlaufe einiger Tage resorbirt werden. Operativ muss eingegriffen werden, wenn mit Wahrscheinlichkeit ein grösserer Eiterherd angenommen werden kann. Dafür sprechen folgende Gründe: Stetige oder schubweise Zunahme der entzündlichen Geschwulst, plötzliche Fieber- und Pulssteigerung oder Temperaturabfall neben Pulszunahme sowie teigige Beschaffen-

heit des Unterhautzellgewebes (extraperitonealer Abscess). Es muss ferner operirt werden bei der sogenannten recidivirenden Appendicitis. Die Sicherheit des Erfolges beeinflusst immer und in erster Linie das Verhalten der Kranken vom ersten Augenblicke ihrer Erkrankung an. — (Festschr. f. Kussmaul; — Wien. med. Presse Nr. 23, 1902.)

Physikalische Therapie.

Zur Mechano- und Hydrotherapie der Kreislaufstörungen.

Von Dr. Arthur Loebel.

Unsere Aufgabe bei der Behandlung der Herzklappenfehler besteht in der Entlastung des venösen Kreislaufes und der Erleichterung der Herzarbeit durch Besserung der Circulationsverhältnisse, sowie in der Förderung der Ernährung des Herzmuskels und der compensatorischen Hypertrophie derselben. Diesen Aufgaben sind wir durch die Mechanotherapie und Hydrotherapie gerecht zu werden im Stande. Es ist das Verdienst Zander's und Herz', die Methoden der mechanischen Uebungstherapie ausgebildet zu haben. Es kommen in Betracht die Förderungsapparate und die Apparate für passive Bewegungen, durch welche das Venenblut aus den unteren Extremitäten centralwärts zu den Hohlvenen und zum rechten Herzen getrieben wird. Unterstützend wirken dabei die Uebungen der Tiefathmung und die Pumpeffecte der Rumpf- und Rollbewegungen. Eine zweite Art der mechanischen Bewegungstherapie sind die Selbsthemmungsbewegungen. Die hiedurch bewirkte Muskelaction combinirt sich mit der Hirnrindenfunction, wodurch nach Lagrange der irreguläre Puls verschwindet auf Grund eines coordinatorischen Einflusses der Hirnrinde. Von ausgezeichneter Wirkung sind die Massage in Form von centripetalen Streichungen und Drückungen, um rhythmisch das Blut gegen das Herz zu treiben. Oertel empfiehlt die Herzmassage, die durch den mechanischen Druck, als auch durch Erhöhung des auf der Herzoberfläche lastenden Exspirationsdruckes das Herz günstig beeinflusst. Man kann schon in kurzer Zeit eine Verlangsamung des Pulses, wobei die Arterie voller und weiter wird, und eine Verkleinerung der Herzdämpfung constatiren. Von hydratischen Massnahmen ist es der Herzkühlapparat, der eine directe Wirkung auf das Herz ausübt, die sich nach einstündlicher Appli-

cation in einem Rückgange der Pulsfrequenz um 8—10, ja bis 20 Schläge in der Minute äussert; gleichzeitig wird der Blutdruck um 20—60 mm gesteigert, der Herzstoss kräftiger, die Dauer der Diastole verlängert. Als Ausdruck der gebesserten Circulation stellt sich vermehrte Nierensecretion und Reduction etwa vorhandener Transsudate ein. Zur Erleichterung der Wirkung des Herzschlauches wendet L. die Theilabreibung an, wodurch nicht nur eine tonische Erweiterung der Blutgefässe der Peripherie erzielt wird, sondern auch eine Vertiefung der Athmungszüge, die die Saugwirkung des Brustkorbes auf die Hohlvenen unterstützt und dadurch Stauungserscheinungen im venösen Kreislaufe zum Schwinden bringt. In fortgesetzter Behandlung wendet L. dann Halbbäder von 22—25° C. an in der Dauer von 3—5 Minuten, wodurch nach Winternitz und Pospischil eine Vermehrung der Kohlensäureausscheidung von 258 auf 647 cm^3 und der Sauerstoffaufnahme von 386 auf 963 cm^3 erzielt wird und damit einhergehend eine Besserung der Arterialisation des Blutes und der Ernährung des Herzmuskels. Unterstützend wirken die Application von Longettenverbänden, Leibbinden und Stammumschlägen zur Anregung der Transspiration in den betreffenden Hautpartien, und zur Ableitung von Stauungshyperämien im Pfortadergebiete. Im späteren Stadium der Behandlung kommen zur Anwendung die Dampfbäder, die am zweckmässigsten mit dem Herzschlauch combinirt werden, in der Weise, dass der letztere vor Anwendung des Dampfbades angelegt und nach dem Dampfbade $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde belassen wird, während die Applicationsdauer des Dampfbades bloss 5—6 Minuten beträgt. Nach dem Dampfbade wird zum Zwecke der Abkühlung und Tonisirung der passiv erweiterten Gefässe eine kühle Prodecur angeschlossen. Bei Bradykardien verwendet L. Unterleibsbinden mit nachfolgendem 25° C. Sitzbade durch 5—10 Minuten. Jedoch ist deren Anwendung bei bestehendem niedrigem Blutdrucke zu meiden. — (Blätter f. klin. Hydrother. Nr. 5, 1902.)

B.

Ueber die Hydrotherapie der Tabes. Von Münster.

Da die Nervenfunction von der Blutzufuhr abhängig ist und dieselbe durch hydriatische Massnahmen am sichersten geregelt werden kann, empfiehlt Vf. die Anwendung von protrahirten ($^3/_4$ Stunden) Bädern in 1% Sole bei 27°—29° R., combinirt mit kurz einwirkenden Kältereizen. Auch galvanische Bäder, trockene Hitze, kühle Einpackungen sind indicirt, jedoch mit Vorsicht, da

das Gefässsystem der Tabiker auf Reize schlecht reagirt. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 2, 1902.) B.

Kaltwasserbehandlung des febrilen Delirium tremens. Von Salvant.

Als Massstab für die Einleitung der Behandlung dient die Körpertemperatur. Constatirt man im Beginne des Anfalles eine Rectaltemperatur von mehr als 39°, dann sind sofort Bäder anzuwenden, und zwar von 18° C.; bei schlechter Herz- und Arterienbeschaffenheit, oder wenn der Collaps auch nur angedeutet ist, wählt man eine Temperatur von 25—28° C. Während des Bades soll der Kopf des Patienten fortwährend mit dem Badewasser übergossen werden; es ist auch angezeigt, warme Getränke und Stimulantien zu geben. Die Dauer des Bades variirt von 5—10 Minuten. Es ist besser, die Bäder öfter zu geben, etwa alle drei Stunden, als sie allzu lange auszudehnen. Man setzt die Bäder so lange fort, bis die Hyperthermie und das Delirium aufhört. Schon nach einigen Bädern zeigen sich die günstigen Wirkungen. Der Arzt muss diese Behandlung persönlich leiten, er darf während des ganzen Bades keinen Augenblick den Puls unbeachtet lassen. Wenn der Kranke das Bad verlässt, muss er in sein Bett zur Wiedererwärmung gebracht werden, wobei auch warme Getränke und alkoholfreie Stimulantien gute Dienste leisten. Sind die Anfälle geschwunden, so wird die Reconvalescenz in gewöhnlicher Weise behandelt. In leichteren Fällen oder wenn die Temperatur unter 39° C. bleibt, genügen meistens laue Bäder; letztere erweisen sich auch dann als zweckmässig, wenn kalte Bäder contraindicirt sind, also bei schweren Complicationen seitens des Herzens, Endo-Perikarditis, Myokarditis, Arteriosklerose, Diabetes etc.; in allen diesen Fällen geben laue Bäder ausgezeichnete Resultate. Die Collapssymptome, die manchmal im Anschlusse an prolongirte kalte Bäder auftreten, behandelt man mit Tonicis, Aether etc. — (Gaz. des Eaux., Nr. 230, 1901.)

B.

Chirurgie.

Ist bei lebenbedrohender Magenblutung infolge von Ulcus ventriculi ein operativer Eingriff indicirt und welcher? Von Walther Kaupe.

Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwüres hat in der letzten Zeit eine bedeutende Erweiterung

erfahren, wenn auch die Indicationen zur Operation nicht von allen Beobachtern gleichförmig anerkannt werden. Während die Einen die operative Behandlung nur angewendet wissen wollen, wenn schwere Folgeerscheinungen des Ulcus (Perforationen, Verengerung etc.) sich einstellen, operiren Andere, um das bestehende Ulcus zu heilen. Zu diesem Zwecke sind mehrere Operationsmethoden angegeben worden, deren Wahl von der Lage des Geschwüres, von dem Allgemeinzustand des Patienten und anderen Verhältnissen beeinflusst wird; die Operationen, die in Frage kommen, sind: Excision des Geschwüres, Gastroenterostomose, Pyloroplastik und Pylorusresection.

Noch weniger Einigung konnte darüber erzielt werden, ob Blutungen aus einem Ulcus ventriculi die Indication zur Operation abgeben sollen. Gewöhnlich werden die kleineren, sich oft wiederholenden Blutungen anders beurtheilt, als die profusen, einmaligen Blutungen. Leube und Mikulicz sehen in der ersten Art der Blutung, welche entschieden geeignet ist, durch Entkräftung den Tod des Individuums herbeizuführen, eine absolute Indication zum operativen Eingriff; profuse Blutungen hingegen treten nach ihrer Ansicht entweder in so ausgiebiger Weise auf, dass bald der Tod des Patienten eintritt oder sie stehen bei interner Behandlung von selbst und sollen daher erst dann Anlass zum operativen Einschreiten abgeben, wenn sie durch Wiederholung das Leben gefährden. Vf. vertritt nun die Ansicht, dass eine das Leben bedrohende Blutung Ursache zu einem chirurgischen Eingriff sein kann, und beweist dies an einem mit gutem Ausgange operirten Fall aus der Klinik des Prof. Witzel, bei dem nach Unterbindung der zuführenden Gefässe Heilung eintrat.

Von operativen Verfahren kommen bei Blutungen mehrere in Betracht, und zwar Gastroenterostomose, Kauterisation des Geschwüres, Excision, Ligatur der blutenden Gefässe in loco; diese Methoden sind aber theilweise sehr schwierig, theilweise nicht immer von Erfolg begleitet. Witzel empfiehlt daher die Methode, die ihm in dem oben citirten Falle so grosse Dienste geleistet hat, nämlich ohne Eröffnung des Magens die zuführenden Gefässe zu ligiren; in seinem Falle waren es die Arteriae coronariae superiores dextra et sinistra. Da die Patienten infolge der Blutungen so geschwächt sind, dass sie keine grössere Operation aushalten, da aber anderseits die von Witzel angegebene Methode sehr rasch ausgeführt werden kann, hofft Vf., dass diese Methode

eine grosse Zukunft haben wird. — (Deutsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 62.)

Ueber einen Fall von Staphylokokkentoxämie nach Revolverschuss. Von Dr. Th. Hug.

Im Anschlusse an einen sehr interessanten Fall von Allgemeininfection mit Staphylokokken, die von einer durch Kleiderfetzen inficirten Schusswunde ausging, bespricht Vf. die Therapie des Falles, welche auf der Abtheilung des Dr. Brunner im Cantonspitale Münsterlingen durchgeführt wurde. Am fünften Tage nach der Verletzung wurde, als die Allgemeinerscheinungen anhielten, die Wunde erweitert und daselbst ein Abscess eröffnet, in welchem das Projectil und mitgerissene Kleiderfetzen sich fanden. Antiseptische Behandlung der Wunde. Da die Temperatursteigerung und die anderen septischen Erscheinungen trotzdem weiter anhielten, wurde die Allgemeinbehandlung eingeleitet, welche in Folgendem bestand: In Intervallen von drei Tagen wurden je 3 g Silbersalbe (Credé) eingerieben (zusammen 30 g) und ausserdem wurde Natrium salicylicum in grossen Dosen per Klysma gegeben (bis 8 g täglich) in der Vorstellung, dass auf diese Weise die Allgemeinerscheinungen ähnlich günstig beeinflusst werden können, wie beim acuten Gelenksrheumatismus. Das Natrium salicylicum hat auch die Diaphorese gesteigert, was wegen Ausscheidung von Bacterien und Toxinen besonderen Werth haben soll. Dieselbe Bedeutung schreibt Vf. der in diesem Falle auch künstlich gesteigerten Diurese zu. Um auf die hohen Temperaturen zu wirken, wurden Antipyretica und zur Hebung des Appetits ein Chinadecoct gegeben. Selbstverständlich ist die Localbehandlung in ähnlichen Fällen von der grössten Wichtigkeit; Entleerung des Abscesses, Entfernung der Fremdkörper, antiseptische Behandlung müssen gleichzeitig durchgeführt werden. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 33, Nr. 2.)

Ueber manuelle Reposition von Luxationen ohne Narkose. Von Dr. F. Roloff.

Im vorigen Jahr hat Hofmeister ein Verfahren angegeben, das bezweckt, Luxationen der Schulter ohne Narkose mittels permanenter Gewichtsextension zu reponiren. Vf. hat nun diese Methode vereinfacht und in einigen Fällen die Extension ohne jeden Apparat einfach mit der Hand ausgeführt.

Vf. beschreibt das Verfahren folgendermassen: Der Patient wird mit dem Rücken auf den Boden gelegt, man tritt an die ver-

letzte Seite, ergreift die Hand des luxirten Armes und beginnt langsam zu extendiren. Ganz allmälig steigert man die Energie des Zuges ein wenig, doch bleibt sie immer nur gering; gleichzeitig geht man allmälig in Abduction, schliesslich bis in annähernd verticale, d. h. der Körperachse parallele Stellung des Armes über. Den Zug übt man ohne besondere Kraftanstrengung durch leichtes Hintenüberlegen des Rumpfes aus. Ist die Abduction vollendet, so steht meist der Kopf bereits in der Pfanne, und indem man den Arm, unter Unterstützung des Kopfes, von der Achselhöhle langsam senkt, ist die Reposition vollendet. Hat man keine geschulte Assistenz, so kann man zuletzt die Extension einem Anderen übergeben und die Direction des Kopfes selbst übernehmen. Schmerzen treten bei dem Verfahren nicht auf. Von Wichtigkeit ist, dass Störungen, d. h. Anlässe zu Muskelcontraction, also ruckweises Ziehen, unnöthige Palpation vermieden werden. Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten durch allerlei Gespräche erleichtert die Erschlaffung der Musculatur. Die Zeitdauer der Reposition betrug 7—10 Minuten.

Vf. stellt für die Zukunft die Forderung auf, dass nicht eher gewaltsame Verfahren und Narkose angewendet werden sollen, bevor man diese unschädliche und schmerzlose Methode versucht hat. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 16, 1902.)

Zur Frage der Trepanation bei corticaler Epilepsie. Von Prof. W. J. Rasumowsky.

Da die Frage der operativen Behandlung der corticalen Epilepsie trotz der vielen Debatten nach Ansicht des Vfs. noch immer nicht genügend geklärt ist, trachtet Vf. einen kleinen Beitrag zu derselben durch Mittheilung der Resultate von neun operirten Fällen zu liefern. Sieben Fälle wurden nach Horsley operirt. (Osteoplastische Resection des Schädels und Blosslegen der entsprechenden motorischen Centren; Aufsuchen der epileptogenen Stellen, d. i. derjenigen Centren, deren Reizung epileptische Contractionen verursacht; schichtweise Abtragung der Hirnrinde an dieser Stelle, bis keine Krämpfe, sondern nur vereinzelte Contractionen erzeugt wurden; Naht der Dura, Drainage; Reposition des Lappens.)

Bei diesen sieben Fällen verzeichnet Vf. drei unzweifelhafte therapeutische Resultate, und darunter zwei sehr gute, indem die Krämpfe während einer Beobachtungszeit von drei und fünf Jahren

sich nicht wiederholten. In zwei Fällen war das Resultat fraglich und in zwei Fällen ein negatives.

Zwei Fälle von corticaler Epilepsie wurden nach anderen Methoden operirt: Im ersten Falle handelte es sich um einen alten Splitterbruch mit Depression des Schädels; Entfernung der deformirten Schädelpartie und Durchtrennung der zwischen Pia und Dura vorgefundenen Verwachsungen führte vollständige Heilung herbei.

In einem zweiten Falle, der das klinische Bild der corticalen Epilepsie bot, fand sich eine Porencephalocele. Es wurde Drainage der Hirnventrikel angewandt. Die erste Woche nach der Operation verlief gut; später kam es zur Septikämie, welche durch die Secretstauung in dem complicirt gebauten und schwer zu drainirenden Hohlraum der Ventrikel verursacht war. — (Langenb. Arch., Bd. 67, H. 1.)

Die totale und bilaterale Resection des Sympathicus cervicalis beim Morbus Basedowii. Von Dr. Balacescu.

Auf der Klinik des Prof. Jonnesco in Bukarest wurde eine grosse Anzahl von Basedow-Kranken, sei es mit partieller, sei es mit totaler Resection des Hals-Sympathicus behandelt und, entgegen den Beobachtungen anderer Autoren, konnten ziemlich viele Dauerheilungen constatirt werden.

Bei der Operation ist nach Ansicht des Vfs. darauf zu sehen, dass ausser dem ganzen Halsgrenzstrang sammt den drei Ganglien noch das oberste Brustganglion mitentfernt werde, weil sonst nicht alle Nervi accelarantes des Herzens zerstört werden können und daher auf ein vollständiges Aufhören der Tachykardie nicht zu rechnen wäre. Diese Art der Operation ist nach Ansicht des Vfs. die einzig rationelle, und gibt laut Zusammenstellung der operirten Fälle 58·9% Heilungen. Es verschwanden sowohl der Exophthalmus, als auch die Struma, der Tremor, die Hyperidrosis, das Hitzegefühl, die nervöse Erregbarkeit und schliesslich auch die Tachykardie, und zwar manchmal ziemlich plötzlich. Der Puls blieb dauernd langsam und die Heilung hielt an.

Ein weiterer Vortheil dieser Methode, gegenüber den anderer Methoden der operativen Basedow-Behandlung ist das Fehlen jeder Mortalität. Da die Resection der Basedow-Struma eine Mortalität von 16% aufweist, so ist die Jonnesco'sche Operation (totale und beiderseitige Resection des Sympathicus) der ersteren Operation vorzuziehen. — (Langenb. Arch., Bd. 67, H. 1.)

Ueber Alkoholinjectionen bei inoperablen Angiomen. Von Docent Dr. Honsell.

Es ist das Verdienst Schwalbe's, zum ersten Male die methodischen Injectionen von Alkohol bei Gefässgeschwülsten empfohlen zu haben. Diese Methode wurde in einem Falle von inoperablem Angiom der Wange und der Submaxillar- und Parotisgegend auf der Klinik v. Bruns' neuerdings angewendet und führte zu fast vollständiger Heilung des Tumors. Die Concentration des Alkohols war anfangs 50%, später 70%. Die Injectionen sind wenig schmerzhaft und können ohne Narkose ausgeführt werden.

Die ersten Injectionen werden rings um den Tumor in einer Entfernung von 1 cm von demselben in Abständen von $^1/_2$ cm gemacht. Dann kommt eine zweite Reihe nach einwärts von der ersten in bereits infiltrirtem Gewebe, und so fort, bis die ganze Geschwulst infiltrirt ist. Die Menge der injicirten Flüssigkeit beträgt anfangs 1 cm^3, später cm^3.

Um die von anderer Seite beobachteten nervösen Störungen, die auf Injection von Alkohol in die Blutbahn zurückgeführt wurden, hintanzuhalten, wurde stets früher die Canüle allein eingestochen und nachgesehen, ob nicht eine grössere Menge Blutes abfliesst, ausserdem wurde stets darauf geachtet, dass die weiteren Injectionen nicht direct in den Tumor, sondern immer in das infiltrirte Gewebe vorgenommen werden. Das Infiltrat blieb noch lange Zeit bestehen und man kann sich vorstellen, dass es dadurch zu dauernder Compression und auch zu völliger Compression der zuführenden Gefässe kommen kann.

Vf. empfiehlt das Verfahren, weil die Technik eine sehr einfache und die Methode ohne jede Gefahr für den Patienten auszuführen ist. Ausserdem bleiben die bei anderen Verfahren stets zu erwartenden Narben hier vollständig aus. — (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 32, H. 1.)

Durch Naht geheilte Stichverletzung des Pankreas. Von Prof. H. Küttner.

Ein 24 Jahre alter Glaser wurde von einem Raufbold mit einem langen, scharfen Dolchmesser am Abdomen verletzt. Der Verletzte brach sofort zusammen, verlor sehr viel Blut und wurde in vollständig collabirtem Zustande in das nahe gelegene Spital transportirt. Nach einer schnellen Desinfection der Bauchdecken und Abklemmung des durch die circa 14 cm lange Bauchwunde

vorgefallenen, auf einer Strecke von 9 cm aufgeschlitzten Magens wurden die nicht verletzten, prolabirten Dünndärme reponirt. Als Hauptquelle der Blutung fand Vf. einen Schnitt im Pankreas, welcher mit drei Catgutnähten zusammengenäht wurde, worauf die Blutung sofort aufhörte. Tamponade der Pankreasgegend. Naht des Magens. Die Nachbehandlung war durch einen subphrenischen Abscess complicirt, trotzdem konnte Patient am 18. Tage aufstehen. Während des ganzen Spitalsaufenthaltes war im Urin kein Zucker nachzuweisen; Patient war zehn Wochen nach der Verletzung wieder arbeitsfähig. — (Beitr. f. klin. Chir. Bd. 32, H. 1.)

Kritischer Bericht über 20 Lungenoperationen. Von Prof. Garré und Dr. Sultan.

Die mitgetheilten Fälle wurden zum Theile in der Königsberger Klinik von Prof. v. Eiselsberg, zum Theile in der Rostocker Klinik von Prof. Garré operirt. Die Indication zur Operation gaben ab Echinokokken, Abscesse, Gangrän und bronchiektatische Cavernen. Die Höhlen in der Lunge wurden stets nach einer sehr ausgedehnten Rippenresection (20 cm und mehr) eröffnet, nachdem die Lunge, wenn keine Adhäsionen vorhanden waren, mittelst Naht fixirt wurde. Die günstigste Prognose lieferten die Echinococcusfälle und die Abscesse, weniger gute Resultate lieferte die Lungengangrän (von 6 Fällen starben 2), die ärgsten die bronchiektatischen Cavernen (von 5 Operirten starben 4 bald nach der Operation).

Wichtig ist in allen Fällen die breite Eröffnung der Lunge und ausgiebige Drainage, die nicht zu fest sein darf, damit das Secret von der Gaze gut aufgesogen wird. Jede Stauung von Secret ruft Temperatursteigerung und quälenden Hustenreiz hervor. — (Beitr. f. klin. Chir. Bd. 32, H. 2.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ein neuer Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsie nebst Bemerkungen über die Behandlung der Eklampsie. Von Dürssen.

Es ist dies der dritte Fall von vaginalem Kaiserschnitt, über den Dürssen aus seiner Praxis berichtet. Es handelt sich um eine 30jährige Erstgebärende, die tuberculös ist, sich im 6.—7. Monate der Gravidität befindet und die Erscheinungen einer schweren

Eklampsie bietet. Da der Cervix noch vollkommen erhalten war, so wurde die vordere Wand desselben bis in das untere Uterinsegment hinein gespalten und daran eine combinirte Wendung der in Querlage befindlichen Frucht mit nachfolgender Extraction angeschlossen. Die Patientin wurde nach der Operation ständig unter Morphiumeinwirkung gehalten. Ein neuerlicher eklamptischer Anfall trat nach der künstlichen Entbindung nicht mehr ein. Es trat wohl am 23. Tage post partum Exitus letalis ein, doch war dies eine Folge der schweren tuberculösen Lungenaffection, nicht etwa eine Folge der künstlichen Entbindung, da sich einerseits der Heilungsverlauf von Seiten der Beckenorgane als vollkommen normal erwies, anderseits pneumonische Erscheinungen, Oedeme, sowie Eiweiss im Urin auftraten. Aus diesem Grunde sieht Dürssen diesen Fall in der Statistik des vaginalen Kaiserschnittes bei Eklampsie als geheilt an. Der Vf. gibt der Hoffnung Ausdruck, dass der vaginale Kaiserschnitt in Fällen von schwerer Eklampsie mit der Zeit den classischen Kaiserschnitt vollkommen verdrängen werde. Ja Dürssen geht so weit, den vaginalen Kaiserschnitt in folgenden Fällen zu empfehlen: 1. bei allen von den Weichtheilen ausgehenden schweren Geburtshindernissen, 2. bei ernster Lebensgefahr für Mutter und Kind bei geschlossenem Cervix, der überdies nicht dilatabel ist. Vf. steht auf dem Standpunkte, dass bei der Eklampsie unter allen Umständen operativ vorzugehen sei, und erhärtet dies durch den statistischen Nachweis, aus welchem dies deutlich hervorgehe, indem in 93·75% der Fälle, wo die operative Entleerung des Uterus in tiefer Narkose vorgenommen wurde, Heilung eintrat, während bei der spontanen Entleerung die Statistik nur 78·9% aufweist. Ist der supravaginale Cervixantheil dilatirt, wie sich dies oft bei Primiparen vorfindet, so sind die tiefen, vom Vf. empfohlenen Cervixincisionen in Anwendung zu ziehen, die ebenfalls die unmittelbare Extraction der lebenden Frucht möglich machen. — (Arch. f. Gynäkol., Bd. 61, Nr. 3.)

Königstein.

Herzfehler und Schwangerschaft. Von Dr. Guérard.

Erkrankungen des Herzens sind eine schwere Gefahr für die Schwangerschaft und Geburt. Oft tritt es erst während der Gravidität klar zutage, dass die Schlussfähigkeit der Klappen gestört ist. Entdeckt man bei Zeiten das Uebel, so muss Alles aufgewendet werden, in schweren Fällen eine Gravidität zu verhüten. Bei heiratsfähigen Mädchen, die mit einem schweren Herzfehler

behaftet sind, wird man das stricteste Heiratsverbot aussprechen. Ist es zur Gravidität gekommen, dann wird man dieselbe so frühe als möglich unterbrechen, selbstverständlich nur bei schweren Erkrankungen des Herzens. Für weniger schwere Fälle empfiehlt der Autor so rasch als möglich Beendigung der Geburt, d. i. Kunsthilfe. Er ist weiters derselben Ansicht wie Fritsch, dass nach erfolgter Geburt das Sinken des arteriellen Blutdruckes deletär wirkt. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 12, H. 5.)

Königstein.

Tuberculose und Schwangerschaft. Von Dr. L. de Marini.

Autor vertritt den Standpunkt, dass Gravidität und Wochenbett im Allgemeinen einen höchst ungünstigen Einfluss auf den Verlauf der Lungentuberculose nehmen (vielleicht die chronisch indurirenden fibrösen Formen ausgenommen). Die Tuberculose bringt auch den Fötus selbst in Gefahr und kann auf diese Weise störend auf den Fortgang der Gravidität einwirken. Unter solchen Verhältnissen ist Vf. in allen Fällen von Lungentuberculose, mit Ausnahme der bereits oben erwähnten chronisch indurirenden fibrösen Formen, für die eheste künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Zum Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauung berichtet er über das Verhalten von zwanzig schwangeren tuberculösen Frauen. Bei einer Patientin, die mit einer vorgeschrittenen Lungentuberculose behaftet war, wurde im achten Monat die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Die Patientin starb 30 Stunden nach der Entbindung. In drei weiteren Fällen war der Ausgang ebenfalls ein ungünstiger. Bei der einen dieser Frauen kam es spontan zu einer Frühgeburt im achten Monat, bei der zweiten wurde die Gravidität im siebenten Monat künstlich unterbrochen, bei der dritten wurde am Ende der Schwangerschaft die Zange angelegt. In allen diesen Fällen verschlechterte sich der Zustand der Patientinnen im Wochenbette zusehends und war derselbe nach Verlauf von 1—2 Monaten ein hoffnungsloser. Auf diese vier Fälle stützt sich der Autor und führt sie als Beweis, dass Gravidität und Wochenbett die Lungentuberculose in verhängnissvoller Weise beeinflussen. Ganz anders verhielt es sich in den restlichen 16 Fällen, wo die Gravidität frühzeitig im 2.—6. und nur einmal im 7. Monate unterbrochen wurde. In allen diesen Fällen wurde ein günstiges Resultat erzielt, indem Besserung oder zum mindesten Stillstand der Lungenaffection eintrat. Als Operationsmethode empfiehlt Vf. das Einlegen von

Bougie oder die Anwendung des mechanischen Dilatators nach Bossi, je nach der Dringlichkeit des Falles. — (Rassegna d'ost e. gin. 1901.) Königstein.

Beitrag zur Kenntniss des Prurigo gestationis. Von Gouliaieff.

Gastou war der Erste, welcher auf eine Form des Prurigo aufmerksam machte, die während der Gravidität auftritt. Er beschrieb diese Form des Prurigo, verfolgte den Verlauf desselben aufs Genaueste und schlug für dieselbe in bezeichnender Weise die Benennung „Prurigo gestationis" vor. Nach ihm beschrieben Besnier und Beer dasselbe Krankheitsbild als Prurigo autotoxique de la grossesse. Einmal aufmerksam gemacht auf diese Form der Erkrankung, wurde dieselbe in der Folge nicht mehr übersehen, und so ist der Vf. in der Lage, sich in seiner Arbeit auf Fälle von Barthélémy, Gastou und solche eigener Beobachtung stützen zu können. Der Vf. bezeichnet diese Form des Prurigo als eine der Schwangerschaft eigenthümliche Art und führt die Ursache derselben, analog dem Herpes gestationis, auf eine Autointoxication zurück. Die Erkrankung kennzeichnet sich durch ein Auftreten von Knötchen in der Haut, sowie intensiven Juckreiz und unterscheidet sich vom Herpes gestationis durch das vollkommene Fehlen von Bläschen oder Blasen. Gemeinsam haben diese beiden Erkrankungsformen nur das Auftreten während der Schwangerschaft, das Verschwinden nach eingetretener Geburt, das Wiederkommen in jeder neuerlichen Gravidität, den Urinbefund, sowie die sichere Aussicht auf völlige Heilung. Als Behandlung schlägt Vf. Bettruhe, Milchdiät, sowie symptomatische Massnahmen, dem jeweiligen Verhalten entsprechend, vor. — (Paris. Dissertat.)

Königstein.

Die verschiedenen, bei Uterusruptur gebräuchlichen Behandlungsarten. Von Dr. Forné.

Vf. unterzieht 271 Fälle von Uterusruptur einer eingehenden Besprechung und stellt für die Behandlung derselben folgende Regeln auf. Ist die Ruptur eine complete und die Frucht durch den Riss der Uteruswandung ganz oder nur theilweise in die Bauchhöhle getreten, so muss die Laparatomie gemacht werden, um die Frucht auf diese Weise ans Tageslicht zu befördern. Unmittelbar daran werden sich jene operativen Massnahmen anzuschliessen haben, welche die jeweiligen Verhältnisse erfordern. Ist bei completer Ruptur die Frucht noch im Uterus, so wird ebenfalls die Entwicklung der Frucht durch Laparatomie am Platze

sein. Bei incompleter Ruptur wird die Extraction per vaginam vorzunehmen sein und nach den jeweiligen Umständen die Perforation oder Embryotomie bei todtem Kinde, die Zange bei lebendem Kinde in Kopflage, sonst Wendung, selbstverständlich unter den grössten Vorsichtsmassregeln. Die Nachbehandlung bei incompleten Rupturen besteht in Jodoformgazetamponade, wenn nicht schwere Blutung oder Infection des Uteruscavums die Laparatomie indiciren, nach vorausgeschickter sorgfältiger Desinfection der Vulva und Vagina durch antiseptische Spülungen und gleichzeitiger fester Bandagirung des Abdomens. Bei completer Ruptur ist, wie schon oben erwähnt, die Laparatomie zu machen, nach Entwicklung der Frucht der Riss zu nähen und die Bauchhöhle nach Toilette derselben in kunstgerechter Weise zu schliessen, falls nicht begleitende Nebenumstände die Entfernung des Uterus erfordern, die entweder total oder nach Porro vorgenommen wird. — (Paris. Dissertat.) Königstein.

Augenheilkunde.

Pathogenese und Therapie der Erosion der Cornea. Von Dr. Jänner.

Der Autor bespricht zunächst die Symptome der durch traumatische oberflächliche Abschürfung der Hornhaut entstandenen Krankheit — der Erosio Corneae. Die Diagnose ist nicht schwer: 1. wenn wir das Auge mit Focalbeleuchtung genau besichtigen und dabei die Continuitätstrennung constatiren; 2. wenn wir die Hornhautoberfläche spiegeln lassen und dabei die Verzerrung des Spiegelbildes an der Stelle der Erosio constatiren; 3. wenn wir die Fluorescinreaction vornehmen: bringt man nämlich einen Tropfen einer Lösung von: Rp. Fluorescini 0·40, Natr. carbon. 0·70, Aq. destill. 20·00 ins Auge, lässt hierauf das Auge für einige Secunden schliessen und wäscht es dann mit Wasser nach, dann färbt sich die epithellose Cornea grün, die epithellose Conjunctiva gelb, die normale Cornea und normale Conjunctiva bleiben dabei ungefärbt; 4. wenn wir das Auge im durchfallenden Lichte mit dem lichtschwachen Augenspiegel untersuchen (Szili'scher Reflex). „Blickt man nämlich mit dem lichtschwachen Augenspiegel aus der Entfernung, aus welcher man die Medien des Auges zu prüfen pflegt, durch die Pupille, in deren Bereich die Cornea lädirt ist, so sieht man auch bei dem oberflächlichsten Epithelverlust tiefschwarze Schatten an der betreffen-

den Stelle.“ Puncto Deutung des interessanten klinischen Bildes der sogenannten recidivirenden Erosio corneae widerlegt der Autor die Ansichten Hansen's, Grandclement's und Hirsch's, welche Autoren den Zustand für eine Keratalgia traumatica halten und schliesst sich hingegen der Ansicht Szili's und der von v. Reuss an, dass es sich hier um eine Disjunction des Cornealepithels handelt. Quoad therapiam: Instillation von 2—3%iger Cocaïnlösung, Anlegung eines gut sitzenden, jeden zweiten bis dritten Tag zu wechselnden Schutzverbandes. Der Verband soll durch 8—14 Tage bei Tag und Nacht getragen werden und späterhin, ebenso wie bei der recidivirenden Erosion, Abends vor dem Schlafengehen durch mehrere Tage bis mehrere Wochen eine 3%ige Borlanolinsalbe in den Conjunctivalsack hineingegeben werden. Bei ausgiebiger, recidivirender Erosio bleibt manchmal als bestes Mittel Abrasio corneae, Cocaïn, Borlanolin-Verband. — (Heilk., Jahrg. 6, H. 5, 1902.) Dr. Jänner.

Ueber die Anwendung von Cuprum citricum bei Trachom.
Von Dr. F. R. v. Arlt.

Gestützt auf die guten Erfolge, die der Autor mit Argentum citricum (Itrol Credé) erreicht hat, versucht er es nun mit citronensaurem Kupfer. Das Cuprum citricum ist ein grünes, feines, sehr leichtes Pulver von 35·2% Kupfergehalt und der Formel $Cu_2 C_6 H_4 O_7 . 2^1/_2 H_2 O$. Die Löslichkeit in Aq. dest. von 15° C. wurde mit 1 : 9143 bestimmt. Das Präparat wurde 1832 von Gay-Lussac in Liebig's Laboratorium dargestellt, bisher aber blieb es ohne jede therapeutische Verwendung.

v. Arlt verwendet 5—10%ige Salben, und zwar Ung. Glycerini cum Amylo, und geht folgendermassen vor: Es wird ein Tropfen der türkisblauen Salbe auf ein geknöpftes Glasstäbchen gedrückt und in den Bindehautsack eingelegt, die Lider geschlossen, dann etwa $^1/_2$ Minute massirt. Die Behandlung soll zwei- bis dreimal täglich vorgenommen werden. Hornhautgeschwüre, sowie der interne oder externe Gebrauch von Jodpräparaten bilden eine Contraindication.

Die Trachombehandlung mit Cuprum citricum-Salbe soll folgende Vorzüge besitzen:

Die Patienten können ohne Weiteres das Mittel selbst anwenden und müssen alle acht Tage nur einmal ärztlich controlirt werden. Die Cur ist ganz schmerzlos. (?) Das Auge ist nach der Behandlung nur ganz wenig gereizt, kann offen gehalten werden,

und können die Patienten ohne Weiteres ihrem Berufe nachgehen; der Pannuus trachomatosus wird durch die Behandlung günstig beeinflusst; die Secretion nimmt, falls sie nicht sehr profus war (für diese Fälle empfiehlt es sich, zunächst Argentumpräparate und erst nachträglich das Cupr. citr. anzuwenden), rasch ab; die sulzigen Körner verkleinern sich allmälig, die Verdickung der Lider nimmt ab. Allerdings führt die Cupr. citr.-Behandlungsmethode nicht rascher zum Ziele, als die übrigen, nicht operativen Verfahren. — (Centralbl. f. prakt. Augenheilk. Nr. 3, 1902.)

Dr. Jänner.

Beitrag zur Behandlung der Hypopyon-Keratitis. Von Dr. E. Zirm.

Das erkrankte Auge wird nicht verbunden, da der Verband den Lidschlag verhindert, die Secretansammlung begünstigt und dadurch neue Infectionsquellen schafft; damit aber der Kranke an seinem Auge nicht herumwische, wird das Augenschutzgitter angewendet. Zwei- bis vierstündlich wird Sublimatvaseline (0·01 : 50·0) in den Bindehautsack eingestrichen; einigemal täglich wird Xeroform mit einem kleinen Pulverbläser als feiner Staub auf das Geschwür aufgetragen. Diese Massnahmen kommen zur Anwendung, nachdem zuvor das septische Geschwür ausgiebig, selbst bis zur absichtlich herbeigeführten Perforation galvanokauterisirt worden ist. Ueberdies werden ein Mydriaticum (Scopolamin oder Atropin), feuchtwarme Umschläge, eventuell aber auch subconjunctivale Na Cl-Injection oder an Stelle der letzteren das gerade bei schweren Hypopyonkeratitiden sehr gut wirkende Dioninpulver ordinirt. Die gleichzeitig bestehende Thränensackeiterung wird durch täglich mehrmals geübtes Ausdrücken des Thränensackes, sowie Ausspülung desselben mit Protargollösung zur Besserung, resp. Heilung gebracht. Um den Stoffwechsel zu beschleunigen, resp. um die reactive Heilungstendenz der Gewebe zu erhöhen, wird der Kranke kräftig genährt und ihm an Stelle der bisher üblich gewesenen Bettruhe viel Bewegung im Freien empfohlen. — (Centralbl. f. prakt. Augenheilk. Nr. 3, 1902.) Dr. Jänner.

Jodpräparate und Stauungspapille. Von Dr. Josef Fiser.

Pagenstecher hat seinerzeit die Anwendung grosser Dosen von Jodpräparaten speciell bei Erkrankungen des Opticus, der Retina und Chorioidea wärmstens empfohlen. Nobbe hat die günstigen Erfahrungen Pagenstecher's durch neue Erfolge bei Neuritis optica, Atrophia nervi optici auf luetischer Basis (Gumma), Skleri-

tis, Episkleritis und Augenmuskellähmungen bereichert. Es werden 20—30 g Jodsalze auf 200·0 Aq. destill. verordnet, davon täglich 3—6 Esslöffel gegeben. Am besten vertragen wird Jodrubidium, dann der Reihe nach Jodnatrium und dann erst Jodkalium. Noch besser werden diese grossen Dosen von Jodnatrium in folgender Combination vertragen: Rp. Natrii jodat. 15·0, Natrii bromati 5·0, Aq. destill. 200·0, M. D. S. 3 Esslöffel täglich, steigend bis zu 6 Esslöffeln täglich. Bei dieser Jodtherapie treten keine besonderen Erscheinungen von Jodismus auf, wohl aber ist starke Pulsbeschleunigung bis auf 140 in der Minute vorgekommen und muss daher speciell der Circulationsapparat genau controlirt werden, ob von dessen Seite keine Contraindication vorliegt.

Und nun zu der uns vorliegenden Publication. Der Autor hat grosse Joddosen angewendet bei Papillitis (8 Fällen), deren genaue Krankengeschichten uns mitgetheilt werden, und kommt auch er zu dem Resultate, „dass es Fälle von Verminderung des Sehvermögens, ja selbst Erblindung infolge von Stauungspapille gibt, welche durch Jodpräparate in grossen Dosen so günstig beeinflusst werden, dass die Papillenschwellung zurückgeht und das Sehvermögen sich bis zu einer bisweilen geradezu staunenswerthen Höhe hebt". Auch Fiser hält das Jodrubidium für das Präparat, welches am besten vertragen wird.

Gegen etwaigen Jodismus empfiehlt er bestens: Rp. Extr. Belladonnae 0·30, Natr. jodat., Natr. bicarb. aa. 10·00, Aq. destill. 150·00 M. D. S.: 3 Esslöffel täglich. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Aug., Jahrg. 5, Nr. 31.) Dr. Jänner.

Behandlung des Xanthelasma mittels Elektrolyse. Von Dr. L. Leplat.

Wenn das Xanthelasma zu ausgedehnt ist, so dass man nach der Excision eine fehlerhafte Vernarbung zu fürchten hat, wenn das Xanthelasma knötchenförmig ist und die Knötchen über eine grössere Fläche zerstreut sind, wenn das Xanthelasma im allerersten Entwicklungsstadium sich befindet, empfiehlt Vf. dessen elektrolytische Behandlung: Die Platinnadel wird mit der Kathode verbunden, die Anode bekommt Patient in die Hand; je nach der Empfindlichkeit der behandelten Gewebe wird ein Strom von 2—4 Milliampère hindurchgeschickt. Die Nadel wird ganz schräg durch die Cutis hindurchgestochen und wird zurückgezogen, sowie sie sich von einem Schaumkranz umgeben zeigt. — (Die Ophthalmol. Klinik Nr. 4, 1902.) Dr. Jänner.

Zur Frage der bacterientödtenden Wirkung der Thränen. Von Dr. Heleberg.

Auf Grund seiner Experimente kommt der Autor zu nachfolgenden für die Praxis wichtigen Schlüssen:

1. Die Thränenflüssigkeit besitzt dem pyogenen Staphylococcus gegenüber bactericide Eigenschaft; gekochtes Wasser, womit Controluntersuchungen gemacht worden sind, entbehrt eine bactericide Eigenschaft.

2. Die bactericide Kraft der Thränenflüssigkeit ist umso grösser, je geringer die Zahl der infectirenden Keime.

3. Frische, virulente Culturen besitzen grössere Widerstandskraft als alte, und kommt den habituellen Parasiten auf der Conjunctiva eine grössere Resistenz zu.

4. Die bactericide Wirkung der Thränen geht durch 4—5 Minuten langes Kochen der Thränen verloren.

5. Eine 1—$1^1/_2$%ige Cl Na-Lösung besitzt nicht die Eigenschaft, den pyogenen Staphylococcus zu tödten.

Durch die bactericide Wirkung der Thränen hat der Conjunctivalsack unter normalen Verhältnissen nur geringen Bacteriengehalt, und spielt die bactericide Wirkung auch eine Rolle bei Operationen am geöffneten Bulbus. — (Mittheil. a. d. Augenklinik d. Carol. medico-chirurg. Inst. zu Stockholm, II. 3, 1901.)

Dr. Jänner.

Dermatologie und Syphilis.

Ueber Bromocollum solubile. Von Dr. Max Joseph.

Die gegen das symptomatische Jucken bei Pruritus, Lichen simplex, Urticaria und Ekzem angewandte 10%ige Salbe mit Bromokoll scheint sich gut zu bewähren; doch ist in der Praxis das Bedürfniss nach einer löslichen Form dieses Mittels sehr lebhaft. Und so ist es erfreulich, zu wissen, dass es nach vielen Versuchen gelang, ein lösliches Bromokoll herzustellen. Die Lösung wird in alkalisch reagirenden Salzlösungen hergestellt; ein solches Salz ist das schwach alkalisch reagirende Natr. biboracicum. Man verschreibt: Bromokoll 10·00; Aq. destill. 30·00; Mixtis adde solutionem fervidam e Natr. biborac. 6·00; Aq. destill. 54·00; paratam filtra. D. S. 10% Bromokoll-Lösung. Zweckmässig erscheint es, das fertig hergestellte Mittel aus den Apotheken zu beziehen. Sehr gut bewährte sich eine aus dieser Lösung hergestellte Schüttel-

mixtur, nach folgendem Recept: Bromocolli solut. 5—10—20, Zinci oxydat. Amyl. 20·00, Glycerini 30·00, Aq. destill. ad 100·0 D. S. Schüttelmixtur. Diese Mixtur wird mittels Pinsels aufgetragen und eintrocknen gelassen. Kein Verband. (Dermatol. Centralbl. Nr. 7. 1902.) Horovitz.

Ein Beitrag zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. Von Dr. R. Michels.

Der Schiffsarzt M. berichtet, dass die Matrosen der Reichspostdampfer in Yokohama mindestens zu 5% geschlechtskrank werden, was mit dem etwas längeren Aufenthalte in dieser Hafenstadt und der starken Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Prostituirten dieser Stadt zusammenhängt. Ja, es kommt vor, dass selbst 23% Geschlechtskrankheiten unter den Matrosen nach der Landung in Yokohama auftreten. Um seine Matrosen nach Möglichkeit vor diesen Uebeln zu bewahren, gab er ihnen nach Ankunft in Yokohama fogende Instruction: Jedes Mal vorher einige Tropfen der Schutzflüssigkeit (frisch bereitete 10%ige Protargollösung) in die Harnröhre entleeren und das ganze Glied mit Vaselin einfetten. Sodann nach dem Coitus Urin lassen, das Glied mit Seife (Sublimatseife) waschen und wieder einige Tropfen Protargol einfliessen lassen. Ein jeder in Betracht kommende Matrose erhielt ein Fläschchen von 5 cm³ Protargol, ein Stückchen Seife, eine Tube Vaselin. Der Erfolg war überraschend. Es kam während der Rückreise nicht ein frischer Fall von Gonorrhöe oder von Ulcus molle vor. Ein einziger Fall von Ulcus durum kam zur Beobachtung; dieser Mann hatte zwei Coitus ausgeführt und das zweite Mal die Schutzutensilien nicht mit sich genommen. — (Dermatol. Centralbl. Nr. 8. 1902.)

Horovitz.

Gelanthum bei Lupus erythematosus und anderen Hautkrankheiten. Von M. L. Heidingsfeld.

H. wandte 50% Resorcin-Gelanthum an. Die Mischung bildet eine grauweisse Masse, die sich beim Schütteln und in der Wärme klärt und aufgetragen die Haut nicht irritirt. Selbst in der Nähe des Auges aufgetragen, wird keine Schädigung der Conjunctiva wahrgenommen. Die nach Ende der Cur beobachtete Narbe ist glatt und schuppenlos und bildet kein schlechteres kosmetisches Residuum, als die Narben nach Kauterisation oder Curettage. — (Cincin. Lancet clinic., 1902; nach Dermatol. Centralbl. Nr. 7. 1902.) Horovitz.

Die Phototherapie nach Finsen auf Grund von experimentellen und klinischen Untersuchungen in der chirurgischen Klinik der militärmedicinischen Akademie. Von Dr. N. Weljaminow.

Während einer zweijährigen Beobachtungsdauer wurden 38 Fälle von Lupus vulg., 19 Fälle von Lupus erythematosus, 10 Fälle von Ulcus rodens, 10 Teleangiektasien beobachtet. In allen Fällen konnte die günstige Wirkung dieser Behandlung festgestellt werden. Zugleich wurden Bacterienstudien in dieser Weise cultivirt, dass verschiedene Culturen dem Finsenlichte ausgesetzt wurden und überall zeigte sich, dass, unbekümmert um den Nährboden, die Bacterien zugrunde gingen. Jeder Quadratcentimeter inficirter Oberfläche verbraucht je nach der Bacterienart 1—30 Kilogrammmeter Energie. Auch histologische Untersuchungen der behandelten Gewebe wurden in reichem Masse vorgenommen und die destructive Wirkung der Finsenstrahlen festgestellt; aber auch die Neubildung von Narbengewebe nachgewiesen. — (Wratsch Nr. 4, 1902; nach Dermatol. Centralbl. Nr. 8, 1902.)

Horovitz.

Die therapeutische Wirkung des condensirten Lichtes auf die Haut. Von A. Ravogli.

Vf. hat in kurzer Zeit einige sehr schöne Erfolge mit der Finsentherapie erzielt; zunächst in einem Falle von Tuberculose der Rückenhaut bei einer 60 Jahre alten Frau; ferner in einem Falle von Lupus des Ohrläppchens, wobei das Läppchen schon zum Theile zerstört war, und der Process sich nun auf die übrigen Theile des äusseren Ohres und des Gehörganges ausbreitete. Auch in der Gegend des rechten unteren Augenlides war der Lupus aufgetreten. Auch hier kam es zu einer glatten und befriedigenden Heilung. Auch bei einem seit 9 Jahren bestehenden Lupus erythematodes wurde ein sehr befriedigender Effect erzielt. Bei so grossen krankhaften Flächen dauert es lange, bis nach Abschreitung des ganzen Territoriums sich ein Erfolg feststellen lässt. Am Tage nach der Application des Lichtes ist eine entzündliche Veränderung der afficirten Stelle zu gewahren. — (Journ. of cutan. and genito-urin. dis. 1901; nach Monatsh. f. prakt. Dermatol. Februar 1902.)

Horovitz.

Ueber die Ausscheidung des Quecksilbers bei Mercuriolbehandlung. Von P. Farub.

Wird der Harn schon am zweiten Behandlungstage untersucht, so kann man Quecksilber qualitativ feststellen; am dritten

Behandlungstage ist selbst die quantitative Probe gelungen, indem wägbare Quecksilberquantitäten sich nachweisen liessen. Diese Untersuchungen beziehen sich auf die Quecksilbercur mit Mercuriol, wie sie in Christiania seit einiger Zeit geübt wird. Auch aus diesen Untersuchungen ergibt sich, dass Mercuriol ein Präparat ist, welches rasch zur Aufsaugung führt und für die Praxis geeignet erscheint. — (Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 56, H. 3.)

Horovitz.

Chinolinwismuthrhodanat-Edinger (Crurin pro injectione) als Antigonorrhoicum. Von Dr. E. Jacobi.

J. verordnet das Mittel nach folgendem Recepte: Crurin 1·00, contere cum Aq. destill. Glycerini aa. 5·00. Adde paulatim Aq. destill. qu. sat. ad 200·000. Die Injection mit diesem Mittel dauert nur 3 Minuten; es tödtet die Gonokokken, schränkt die Secretion ein und ruft keine Complicationen hervor oder zum mindesten sehr selten. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52, 1901.)

Horovitz.

Zur Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten. Von Dr. E. Richter.

Einige statistische Daten werden die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten drastisch beleuchten und das sociale Unglück dieser Angelegenheit jedem Denkenden nahelegen: Jede Prostituirte macht schon in den ersten fünf Jahren Syphilis durch; 42·7% der Prostituirten befinden sich stets in einem ansteckenden Stadium der Syphilis; jede Prostituirte macht jährlich mindestens eine acute Gonorrhöe durch; $^1/_3$—$^1/_2$ aller Prostituirten ist mit infectiöser Gonorrhöe stets behaftet. Das Verhältniss der öffentlichen Prostitution zur geheimen ist wie 1·10, d. i. auf 5000 öffentliche Prostituirte entfallen 50.000 Geheimprostituirte. Unter den 5000 Inscribirten Berlins sind etwa 1000 recent erkrankt und 2500 noch infectiös, sie stecken also, wenn an einem Mädchen nur vier Männer sich inficiren, jährlich 10.000—15.000 Männer an. An lebenden Syphilitikern soll Berlin 150.000 aufzuweisen haben, also 12% der Einwohnerzahl! Paris 50.000. Was die intrauterine Syphilis betrifft, so ist für das embryonale Leben die Syphilis der Mutter verderblicher = 60% Todtgeburten; die väterliche (spermatische) Syphilis = 28% Todtgeburten. Syphilis als Todesursache weist die englische Statistik der Jahre 1860—1889 nach, u. zw. starben in dieser Zeit 56.551 Menschen an Syphilis, darunter 41.828 Kinder bei und nach der Geburt und im ersten Lebensjahre. Diese Zahlen

sprechen eine sehr beredte Sprache. Zur Verhütung der Ansteckung nach dem Beischlaf empfiehlt R., sofort Harn zu lassen, um die Urethra durchzuspülen, und wo kein Wasser zur Hand, ist das Glied mit Harn zu waschen; hierauf Waschung mit Seife und Einfettung des Präputialsackes, besonders der Nischen rechts und links vom Frenulum mit der grauen Salbe, die in einem eigenen Bestecke verwahrt ist. Die Spitze, wie bei einem Bleistifte ausgezogen, wird in die Urethra geschoben, daselbst abgebrochen und liegen gelassen, bis sie schmilzt. Mit dieser Kerze und der Seifenwaschung glaubt R. der leichten Ansteckungsfähigkeit vorzubeugen. — (Dermatol. Centralbl. Februar, März 1902.) Horovitz.

Zahnheilkunde.

Acoin als Localanästheticum in der zahnärztlichen Praxis. Von A. Senn.

Unter den Ersatzmitteln des Cocaïns ist Vf. nur vom Acoin befriedigt. Ohne das Erstere in seiner anästhesirenden Wirkung bei Zahnoperationen zu erreichen, hat es den grossen Vortheil, niemals unangenehme Neben- oder Nachwirkungen zu erzeugen. S. verwendet eine 1—2%ige Lösung mit Zusatz von 0·8 g Kochsalz, welches den Injectionsschmerz beseitigen soll, injicirt labial und lingual an mehreren Stellen einige Tropfen und wartet bis zur Extraction 2—3 Minuten. Die Acoinlösung ist durch Kochen sterilisirbar, übrigens bedeutend haltbarer als Cocaïn, so dass man sie für längeren Gebrauch nur einmal zu bereiten braucht (Rp.: Acoin 1·2—2·0, Natr. chlor. 0·8, Aq. destill. 100·0). Indicirt ist die Acoinisirung bei vielen kleineren Eingriffen — Zahnfleischoperationen, Eröffnung von Abscessen u. dgl. — ferner in allen Fällen, wo Cocaïn nicht angewendet werden darf, also bei Herzaffectionen, Nervosität, Anämie, sowie bei Kindern. — (Schweiz. Vierteljahresschr. f. Zahnheilk. Nr. 10, 1901.)

R. Kronfeld.

Ueber Anästhesie der Zähne mit Hilfe von Hochfrequenzströmen (d'Arsonval). Von Dr. Rudolf Bum.

d' Arsonval zeigte bekanntlich, dass Hochfrequenzströme (Tesla) trotz ihrer hohen Spannung ohne Schädigung des Organismus vertragen werden. Cruet und Oudin benützten im Jahre 1893 solche Ströme zur Anästhesie bei Zahnextractionen und erzielten bei 4—5 Minuten dauernder Einwirkung des Stromes in

24 Fällen 11mal vollkommene und 9mal theilweise Schmerzlosigkeit, während in 4 Fällen, wo der Strom nur 2 Minuten geschlossen war, die Wirkung ausblieb. Diese Angaben wurden kürzlich von Regnier und Didsbury bestätigt; beide Autoren machen das Gelingen der Anästhesirung davon abhängig, dass das Zahnfleisch vor der Operation mit übermangansaurem Kalium und Alkohol gewaschen wird, dass das Operationsfeld frei von metallischen Bestandtheilen sein muss, und dass ein Strom von 150—300 Milliampère angewendet wird. Bei Ueberprüfung dieser Versuche fand Bum folgendes Resultat: Die Ströme verursachen auf der Haut zunächst hochgradige Anämie und Empfindungslosigkeit; bei Zahnextractionen war die Operation in einigen Fällen schmerzlos, in anderen war der Erfolg gering oder zum mindesten fraglich. Immer war die Nachblutung auffallend gering. Ein abschliessendes Urtheil lässt sich vorläufig nicht aussprechen. — (Oest.-ung. Vierteljahresschr. f. Zahnheilk. Nr. 2, 1902.) R. Kronfeld.

Somnoform. Von Dr. Pitsch.

Nach Rolland besteht Somnoform aus 5 Theilen Bromäthyl, 60 Theilen Chloräthyl und 35 Theilen Chlormethyl. Zur Narkose wird es in Fläschchen gefüllt, welche 50 cm^3 fassen und mit automatischem Verschluss versehen sind. Als Maske dient ein Taschentuch, welches dütenförmig eingerollt und mit einer Sicherheitsnadel zusammengesteckt wird. In die Düte gibt man einen kleinen Wattetampon. 5 cm^3 Somnoform genügen zur Anästhesirung, welche in 30—50 Secunden eintritt. Die Narkotisirten zeigen keine Excitation oder Cyanose und erwachen unmittelbar nach der Operation. Gegenüber dem Bromäthyl hat Somnoform grosse Vorzüge, da ersteres Patienten und Operateure durch den penetranten Geruch des freiwerdenden Broms belästigt und häufig Aufregungszustände hervorruft. — (Revue de Stomatol. Nr. 2, 1902.) R. Kronfeld.

Histologische und klinische Untersuchungen über die Wirkungsweise des Argentum nitricum auf das erkrankte Dentin. Von J. Szabó.

Das Argentum nitricum ist eines der ältesten in der zahnärztlichen Praxis benützten Medicamente. Man verwendete es, um bei hochgradiger cariöser Zerstörung, welche nach der Auffassung früherer Zeiten einer conservativen Behandlung nicht mehr zugänglich war, wenigstens dem Fortschreiten der Caries Einhalt zu thun. Seitens amerikanischer Collegen erfreut es sich beson-

ders zur Behandlung cariöser Milchzähne grosser Beliebtheit. Das Argentum nitricum findet auch reichliche Anwendung bei der Behandlung jener Defecte der harten Zahnsubstanzen, die unter dem Namen „keilförmige Defecte“ bekannt sind und welche an dem Halse der Frontzähne — besonders der Canini — aber auch bei anderen Zähnen auftreten. Diese keilförmigen (oft auch unregelmässig geformten) Defecte sind flach, reichen aber häufig sehr tief unter das Zahnfleisch, Umstände, welche die Füllungstechnik solcher Cavitäten sehr schwierig gestalten; hierzu kommt noch, dass die Formirung und das Füllen der Cavität zumeist grosse Schmerzen bereiten. Aus diesen Gründen empfehlen Viele die Kauterisation dieser auf thermische und mechanische Insulte besonders heftig reagirenden Flächen mit $AgNO_3$, bis sie von einer schwarzen Silber-Schutzdecke überzogen sind, wodurch die Empfindlichkeit stark herabgesetzt oder auch gänzlich aufgehoben wird.

Weitere Anwendung findet das Silbernitrat gelegentlich zur Devitalisirung der Pulpa („Nervtödten“), zur Sterilisirung gangränös inficirter Wurzelcanäle, zur Bekämpfung der Dentinhyperästhesie, gegen Empfindlichkeit von durch Retraction der Gingiva (Alveolaratrophie) denudirten Wurzeln, bei Behandlung von Alveolarabscessen, sowie bei katarrhalischen und ulcerösen Erkrankungen der Gingiva und der Mundschleimhaut überhaupt.

S. stellte sich die Frage: Worin besteht die Wirkung des Höllensteins? Er machte seine Versuche nicht, wie dies bisher mehrmals geschah, an extrahirten Zähnen, sondern im Munde selbst. Der zu behandelnde Zahn wurde getrocknet, das cariöse Dentin so tief wie möglich excavirt und dann Argentum nitricum applicirt, wobei es als reines Pulver, ferner in 10-, 20-, 30- und 40%iger Lösung, in manchen Fällen 5mal, dann 15-, 18- und 25mal angewendet wurde. Dann erst wurde der Zahn extrahirt, nach Fixation der Gewebe decalcinirt und gefärbt und kam in Schliffen unter das Mikroskop. Hiebei zeigten sich schon nach wenigen $AgNO_3$-Verbänden jene Zahnbeinröhrchen, die in den cariösen Process mit einbezogen und deren erweiterte Lumina mit Bacterien und Detritus gefüllt waren, durch das $AgNO_3$ imprägnirt. Die mikroskopischen Befunde berechtigen zu der Annahme, dass schon nach fünfmaliger Application die Imprägnation vollständig ist, ohne dass hiedurch das vorhandene gesunde Dentin oder die Pulpa lädirt werden würde. Das mit $AgNO_2$ imprägnirte Dentin kann in der Cavität belassen werden, als beinahe asep-

tische, natürliche Schutzdecke der Pulpa. Darüber kommt der übliche, nicht wärmeleitende Verband und dann die definitive Füllung.

Diese Behandlungsweise hat sich S. in vielen Fällen als ausgezeichnete Methode zur Conservirung tief zerstörter Zähne bewährt und ist infolge ihrer einfachen und raschen Ausführbarkeit besonders für Armenpraxis (Schulkinder!) sehr empfehlenswerth. Auch für die Behandlung der Milchzähne, welche bekanntlich grosse Schwierigkeiten bietet, kommt Argentum nitricum häufig in Betracht. Der cariöse Detritus wird vorsichtig entfernt und Lapis applicirt, worauf wir in sehr vielen Fällen die nöthigen Füllungen legen können, während sonst bei der geringsten Schmerzempfindung das erschreckte Kind sich einer weiteren conservativen Behandlung widersetzt. In vielen Fällen genügt auch die blosse Anwendung von $AgNO_3$ ohne nachfolgende Füllung, um das Weiterschreiten des cariösen Processes zu verhindern. Das lebende Eiweiss verbindet sich in Form eines Niederschlages mit dem Metalle des Silbersalzes, es bildet sich an Stelle des erweichten Dentins eine feste, schwarze Schicht von gefälltem Silbereiweiss, welche dem kranken Zahn einen natürlichen Schutz gegen äussere Einflüsse gewährt. — (Oest.-ung. Vierteljahresschr. f. Zahnheilk., Jahrg. 18, Nr. 1.) R. Kronfeld.

Kinderheilkunde.

Die Erfolge der Credéisirung Neugeborener. Von Dr. E. Runge.

Bei 1917 Kindern, die an der Göttingener Frauenklinik der Credé'schen Einträufelung unterzogen wurden, trat kein einziger Fall von Frühinfection in den ersten Tagen nach der Geburt ein. Somit hat die Methode absolut sicher gewirkt, denn eine Untersuchung der Schwangeren ergab bei 20—25% derselben Gonorrhöe. Drei Spätinfectionen der Kinder erfolgten zu einer Zeit (zu Anfang der zweiten Woche), wo die nach der Geburt vorgenommene Einträufelung das Auge nicht mehr vor einer später erfolgenden Infection sicherstellen konnte; sie fallen mit anderen Worten der Methode nicht zur Last.

Ein Vorwurf wird dem Credé'schen Verfahren oft gemacht, nämlich, dass hin und wieder stärkere Entzündungserscheinungen an den Augen Neugeborener aufträten. Schwere Nachtheile

kamen R. nie zur Beobachtung. Um aber auch die Entstehung von Conjunctivitiden zu vermeiden, wurde (bei 600 Kindern) statt der 2%igen eine 1%ige Lapislösung verwendet, ohne dass die Resultate sich verschlechtert hätten. — (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 20, 1902.)

Beitrag zur Frage der Organotherapie bei der Anaemia splenica infantilis. VI. italienischer Pädiatercongress in Florenz 1901.

Dr. D'Orlandi (Bologna) hat bei einem Falle der in der Klinik Prof. Cervesato's beobachteten Krankheit 25 g frischen Milzsaftes pro die verabreicht, indem er sich auf folgende Grundprincipien stützte: 1. auf die heutzutage auch auf experimentellem Wege bestätigte Hypothese, dass die Milz eine innere, wahrscheinlich antitoxische Secretion schafft; 2. auf die anatomisch-pathologischen Veränderungen bei der Anaemia splenica, welche mit Hypertrophie und Hyperplasie anfangen, um mit Sklerose zu endigen, so dass die Function der normalen Milz erlischt; 3. auf das Fehlen einer causalen Behandlung, da wir noch keinen bestimmten pathogenen Keim als Erreger der Krankheit kennen, obwohl man doch dieselbe als eine infectiöse Erkrankung auffasst; 4. auf den wenig nutzbringenden Erfolg der bisher angewendeten, sowohl auflösenden, als der sogenannten specifischen wiederherstellenden, sogar empirischen Behandlungsmethoden; 5. auf die meist ungünstige Prognose.

Prof. Cervesato hat diese Behandlungsmethode seit 1896 inaugurirt und bis jetzt, inclusive der von Dr. D'O. besprochenen vier Fälle von Atrophie, stets mit gutem Erfolge angewandt. Einige Monate nach dieser Behandlung konnte ein von Dr. D'O. beobachteter Fall als sehr gebessert aus der Klinik entlassen werden. Die Milz war um ein Viertel ihrer ursprünglichen Grösse reducirt, ebenso hatte sich die Leber bedeutend zurückgebildet; die Blutbeschaffenheit hatte sich gleichzeitig bedeutend gebessert. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 33.)

Ueber die Verwendung von Protargol bei der Blennorrhöe der Neugeborenen. Von Dr. M. Lewitt.

In einem ausführlichen Sammelreferate bringt der Vf. sämmtliche Arbeiten, welche an Stelle des Credéisirens das Protargolisiren empfehlen. Aus dem verarbeiteten Materiale der Autoren erfolgt der Schluss, dass die Verwendung einer 20%igen Protargollösung zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhöe der bisher verwendeten 2%igen Höllensteinlösung vorzuziehen sei, da bei

gleichem therapeutischen Effect die heftigen Reizerscheinungen der sogenannten falschen Blennorrhöe nicht zu befürchten sind. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25, 1902.)

Das tägliche Bad der Neugeborenen. Von Maurage.

Vf. stellte an der Klinik Baudelocque Beobachtungen an bei hundert Neugeborenen, die täglich gebadet wurden und bei hundert, die, abgesehen von dem unmittelbar nach der Geburt applicirten Bade, nicht wieder dieser Procedur unterzogen wurden, und verfolgte hiebei den Zweck, den Einfluss des Badens auf die Rückbildung und den Abfall des Nabelschnurrestes zu studiren, wobei er zu folgenden Resultaten kam. Der Zeitpunkt des Abfalles des Nabelschnurrestes ist sehr verschieden, doch vollzieht sich derselbe zumeist am 6.—7. Tage. Bei schwächlichen Individuen fällt er später ab, als bei kräftigen, und ist die Grösse des Nabelschnurrestes ganz belanglos. Auch hat das tägliche Bad keinerlei mechanischen Einfluss auf den Abfall des Nabelschnurrestes. Vf. kommt aus dem Vergleiche seiner beiderseitigen Beobachtungen zu dem Schlusse, dass bei den gebadeten Kindern der Nabelschnurrest schneller abfällt und Infectionen seltener sind. Die Vernarbung des Nabels nach Abfall des Nabelschnurrestes ist schneller und vollkommener. Gestützt auf diese Beobachtungen, empfiehlt der Vf. das tägliche Bad vom Tage der Geburt an. — (Paris. Dissertat.)

Pharmakologie und Toxikologie.

Ueber comprimirte Arzneitabletten. Von Dr. Goldmann.

Ueber diesen Gegenstand hielt Vf. einen Vortrag in der Deutschen Pharmaceutischen Gesellschaft. An der Hand einer jüngst erschienenen Monographie erbrachte der Redner die Belege über die Unzweckmässigkeit mancher Formeln und die Nachtheile, welche bei Beachtung derselben dem Patienten entstehen können. Dazu tritt aber auch als ein nicht unwesentliches Moment die Verlegenheit, in welche der Arzt gerathen kann, der, von einem Medicament eine bestimmte Wirkung erwartend, eine solche gar nicht oder nur verzögert eintreten sieht und, keinen Zweifel in eine lege artis hergestellte Tablette setzend, geneigt ist, den fehlenden Effect dem in dieser Arzneiform enthaltenen Medicamente zuzuschreiben, und last not least kann ein sonst gut beurtheilter Arzneistoff leicht discreditirt werden.

G. beschränkt sich zunächst auf solche Tabletten, die einen in Wasser unlöslichen oder schwer löslichen chemischen Körper enthalten, und fordert von dieser Arzneiform, dass sie innerhalb der gleichen Zeiteinheit die gleiche therapeutische Wirkung entfalte, wie dasselbe Präparat in Form eines Pulvers gereicht. Um diesem Postulate zu genügen, müsste eine Tablette in Berührung mit Wasser innerhalb weniger, etwa zwei Minuten pulverförmig zerfallen. Ist die Zerfallbarkeit der Tablette eine zu langsame, dann wird die Wirkung entweder hinausgezogen oder kann auch ganz aufgehoben werden. So kann eine Trionaltablette, die infolge einer unzweckmässigen Vorschrift schwer zerfallbar und daher auch schwerer resorbirbar geworden ist als das Ausgangsproduct selbst, bezüglich ihres hypnotischen Effectes vollständig im Stich lassen.

Wie eine Verzögerung zustande kommen kann, belegt der Vortragende an folgendem Beispiele: Nach Zufuhr von $^1/_2$ g Aspirin erscheint nach Ablauf von 35 Minuten (Beobachtung an sich selbst) zum ersten Male Salicylursäure im Harn. Unter gleichen Bedingungen ausgeführt, wird nach Eingabe einer sachgemäss comprimirten Aspirintablette nach etwa 35 Minuten Salicylursäure wieder gefunden. Mithin hat in beiden Fällen die Resorption des Aspirins nach Ablauf dieser Zeit bereits begonnen. Versuche, welche mit käuflich erworbenen Tabletten aus Acetylsalicylsäure angestellt waren, gaben die Reaction im Urin das eine Mal erst nach 70 Minuten, ein anderes Mal erst nach 110 Minuten. Die Tabletten liessen bezüglich ihres Verhaltens zu Wasser allerdings viel zu wünschen übrig, nach Ablauf von 2 Stunden wiesen sie noch die ursprüngliche Härte auf. Im letzten Falle waren die Tabletten ohne jeglichen Zusatz eines Quellmittels comprimirt. Ein solches ist jedoch unbedingt erforderlich, soll eine Tablette im Sinne des darin enthaltenen Medicamentes wirksam sein.

Noch viel ungünstiger liegen die Verhältnisse bei Tabletten aus Chinin, Sulfonal, Coffeïn, Phenacetin, Tanningen u. a., die, ohne geeignete Zusätze comprimirt, steinharte Körper bilden, welche mehr oder weniger resorbirt, selbst unverändert mit den Fäces wieder ausgeschieden werden. Erfahrungen aus den Tropen bestätigen diese Angaben, insbesondere mit Bezug auf Chinintabletten. Alle diese Tabletten sind nur dann als therapeutisch brauchbar anzusehen, wenn sie unter Benützung eines Quellmittels, am besten Stärkemehl, comprimirt werden.

Geringe Sachkenntniss verräth eine kritisch beleuchtete Vorschrift zu Saccharintabletten: sie gibt als Bindemittel Milchzucker an. Sulfonaltabletten, unter Berücksichtigung einer Einzelgabe von $1\frac{1}{2}$ g des Präparates, enthielten $\frac{3}{4}$ g Traganth. Während aber gerade bei der Darreichung von Sulfonal und Trional die ärztliche Fürsorge darauf ihr Augenmerk lenkt, die Entleerung per vias naturales zu begünstigen, um einer cumulativen Wirkung vorzubeugen, wird durch Traganth in gleicher Weise wie durch Gummi arabicum oder Salep die Peristaltik verlangsamt.

An der Hand dieser warnenden Beispiele forderte daher G. die Apotheker auf, allgemein giltige Vorschriften zu entwerfen, für jegliches Medicament den erforderlichen Zusatz in Art und Menge festzulegen, damit vermieden werde, dass die Zusätze dem Belieben des einzelnen Receptarius überlassen bleiben. Hier biete sich dem Apotheker ein reiches Feld für eine verdienstvolle Thätigkeit.

Der Apotheker möge aber keine Tablette, deren medicamentöser Bestandtheil ein wasserunlösliches oder schwerlösliches Pulver ist, dispensiren, falls sie nicht der vom Vortragenden entwickelten Forderung der schnellen Zerfallbarkeit mit kaltem Wasser entspricht. Und so lange nicht die Gewähr hierfür geboten ist, sollte der Arzt sich verpflichtet sehen, bei jeder einem Patienten verordneten Dosis eines Medicamentes in Tablettenform die Probe auf deren Verwerthbarkeit im obigen Sinne anzustellen, damit er vor Ueberraschungen bewahrt bleibe. Die Forderung ist unschwer zu erfüllen, deshalb sollte deren Durchführung erstrebt werden. — (Deutsche med. Wochenschr.)

Kleine Mittheilungen.

Die Bedeutung des Jods als Vasomotorenmittel erörtert Gumprecht (Verh. d. XIX. Congr. f. innere Medicin). Er hat durch Thierversuche und klinische Versuche an Gesunden und Arteriosklerotikern die Einwirkung des Jods auf den Blutdruck geprüft. Die angewandte Methode beruht auf der Prüfung der Gefässreflexe. Wenn die Gefässe, etwa durch eine Lähmung des Gefässnervencentrums, erweitert sind, so werden Reize, die auf das Gefässnervencentrum einwirken, eine Blutdrucksteigerung nicht oder nicht in normaler Weise bewirken; und wenn die Ge-

fässe aus irgend einem Grunde erweitert sind, so wird ein nachfolgender Erschlaffungsreiz nicht oder nicht in so ausgiebiger Weise wie normal einwirken. Zur Reizung des Gefässnervencentrums hat G. die sensible oder asphyktische Reizung, zur Erschlaffung der Gefässe Amylnitrit benutzt. Er fand: „Jodkalium und Jodnatrium lassen in kleinen und grossen Dosen den Blutdruck von Kaninchen intact oder heben ihn etwas; erst bei sehr grossen, das Leben direct gefährdenden Gaben sinkt der Blutdruck. Auch freies Jod senkt den Blutdruck nicht. Das Gefässcentrum wird durch Jodkalium, Jodnatrium und freies Jod nicht gelähmt oder auch nur wahrnehmbar in seiner Reflexthätigkeit geschwächt, die Drucksteigerungen durch sensible und asphyktische Reizung gelingen vielmehr nach Jodapplication ebensogut wie vorher. Auch der Tonus der Gefässe wird durch Jod nicht wesentlich vermindert. Die klinischen Beobachtungen mit dem Riva-Rocci'schen Sphygmomanometer ergaben, dass eine einmalige Jodmedication (auch nicht die gebräuchliche Gabe von 1·0 Jodkalium) weder den Blutdruck herabsetzt, noch die im Verlaufe von körperlicher Arbeit eintretende Blutdrucksteigerung zu verhindern oder zu vermindern im Stande ist, und zwar ebensowenig beim Arteriosklerotiker als beim Gesunden, endlich dass auch der länger dauernde Gebrauch von Jod den Blutdruck nach keiner Richtung hin deutlich und constant beeinflusst. — (Wr. med. Presse.)

Die Diät bei chronischer Diarrhöe. Von G. Rosenfeld. Die Behandlung der chronischen Diarrhöe soll sich auf den Grundsatz stützen, den Darm zunächst durch eine jede Reizung vermeidende Kost zu beruhigen. Auf diese Weise gelingt es in den meisten Fällen, eine Diarrhöe, welche nicht durch Ulcerationen, Varicen oder Stenosen bedingt ist, ohne Anwendung von Medicamenten dauernd zu heilen. Medicamente setzen wohl die Reizbarkeit des Darmes herab, sie heilen aber nicht die Neigung zu Diarrhöe und schützen nicht vor Rückfällen. Unter reizenden Speisen versteht Rosenfeld, abgesehen von den grünen Gemüsen, Obstarten, Bieren, Fruchtsäften und allen sehr kalten Gerichten, über deren darmreizende Function kein Zweifel besteht, Fleisch, Butter und Milch. Von den drei Hauptschädlingen ist der schlimmste die Milch. Es lässt sich gegenwärtig noch nicht mit Sicherheit angeben, auf welchen der Milchbestandtheile die reizenden Eigenschaften dieses Nahrungsmittels zurückzuführen sind. Fett, ins-

besondere Butter, und zwar noch mehr die rohe als die gekochte, erhöht die Reizbarkeit des Darmes, und ebenso, wenn auch am wenigsten, das Fleisch. Hühner- und Taubenfleisch reizen am wenigsten, dann kommt Kalbfleisch und Rindfleisch. Eine eigenthümliche Stellung nimmt das Schweinefleisch deshalb ein, weil gekochter Schinken meistens, aber nicht ausnahmslos gut vertragen wird. Weichgekochte Eier, welche mit Salz genossen oder in Bouillon verquirlt werden, haben etwa das Schicksal des Schinkens; es gibt aber doch einige Menschen, welche auf Eier schlecht reagiren. Die Substanzen, welche nun die Antidiarrhöekost strengster Observanz constituiren, entstammen dem Pflanzenreiche: Reis, Haferschleim, Gries, Sago, Graupe, Cacao, Zucker, Chocolade, Thee, Weissbrot oder Zwieback, Cakes. Von thierischen Stoffen kann nur die Fleischbrühe in Frage kommen; merkwürdiger Weise steht die Hammelbouillon im Rufe, stopfend zu wirken. Der Speisezettel eines Darmkranken ist demnach während der strengen Periode ein recht eintöniger; die Kost gestaltet sich etwa folgendermassen: Frühstück: Thee mit Zucker oder Wassercacao, Wasserchocolade, Zwieback. Zweites Frühstück: Bouillon, Zwieback. Mittagessen: Bouillon mit Graupe, Reis (in Wasser gekocht) mit Zimmt und Zucker, Zwieback, Chocolade, Cakes. Nachmittags wie Morgens, Abends Haferschleim in Brühe gekocht, Reis. Als Getränk ist nur gekochtes Wasser, Reiswasser oder Thee, warm oder erkaltet, mit und ohne Zucker zugelassen. Auf diese Weise gelingt es, dem Patienten eine immerhin ausreichende Nahrungsmenge zuzuführen, denn 100 g Reis, 200 g Chocolade und 300 g Zwieback haben zusammen einen Nährwerth von 2160 Cal. Nur die grosse Eintönigkeit der Kost, die sich kaum vermeiden lässt, ist sehr peinigend. Wenn die Diarrhöe aufgehört hat, und man zwei Tage lang tadelloses Verhalten an Darm und Stuhl erzielt hat, kann man zur zweiten Stufe übergehen, indem man zur strengen Kost in der Brühe gekochtes Huhn oder eine Taube gestattet. Wird diese Zulage gut vertragen, so kann man das Huhn oder die Taube gedünstet verabreichen. Eine weitere Stufe gestattet das Geflügel in Butter gebraten, dazu eine Zulage an Reis. Wird die gebratene Butter reizlos vertragen, so geht man zur rohen Butter über. Besonders vorsichtig muss man mit der erst dann stattfindenden Darreichung von Milch sein, die anfänglich esslöffelweise gegeben wird, bis man es dazu gebracht hat, dass der Patient ohne Reaction die

Milch literweise verträgt. Ist dieses Resultat erreicht, so kann der Patient alle Speisen vertragen, vorausgesetzt, dass dem Darme nicht exorbitante Anforderungen gestellt werden. Die Cur ist schwer, aber sie ist oft erfolgreich. In uncomplicirten Fällen will Rosenfeld noch keinen Misserfolg erlebt haben. — (Deutsche Aerzte-Ztg.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Ueber den therapeutischen Werth und die Wirkungsweise des Aderlasses bei Urämie. Von Dr. W a l k o. (Med. Klinik Prof. v. J a k s c h in Prag.) Vf. bespricht ausführlich eilf Fälle, bei denen die Entziehung von 500—900 cm^3 Blut mit darauffolgender Kochsalzinfusion von vorzüglicher Wirkung auf den urämischen Anfall war. Worin die Wirkung des Aderlasses begründet ist, das ist bis heute noch nicht festgestellt. Die Ansicht, dass mit dem Blute auch eine derartige Menge Giftes aus dem Körper geschafft wird, dass der Anfall dadurch abgeschnitten wird, ist nach W a l k o nicht begründet. Der osmotische Druck, sowie der Blutdruck im Allgemeinen werden durch den Aderlass in so geringer Weise beeinflusst, dass sie die therapeutische Wirkung nicht erklären können. Nach W a l k o hat die bei der Urämie auftretende Reizung des vasomotorischen Centrums einen Gefässkrampf überhaupt und einen solchen der Nierengefässe im Besonderen zur Folge; letzterer bedingt eine Verlangsamung der Circulation und dadurch eine Verminderung der Diurese. Durch die Entfernung einer grösseren Blutmenge soll der Gefässkrampf herabgesetzt werden; hierin soll die Hauptwirkung des Aderlasses liegen. Beim urämischen Anfall ist auch die Anwendung heisser Bäder noch in Gebrauch. Diesbezüglich hat L e u b e schon darauf hingewiesen, dass durch heisse Bäder, welche die Schweissbildung anregen, die Urämie gesteigert, bezw. sogar ein urämischer Anfall hervorgerufen werden kann, wenn die Diurese nicht gleichzeitig eine genügende ist. Durch den Schweissausbruch tritt wohl Wasser aus dem Körper, es treten aber keine festen Harnbestandtheile mit ihm durch, wie Untersuchungen ergeben haben. Es ist demnach eine Behandlung der Nephritis, bezw. Urämie, mit wiederholten heissen Bädern nur dann angezeigt, wenn im Anschlusse an das Bad nicht nur eine gesteigerte Diaphorese, sondern auch eine reichliche Diurese sich einstellt, da sonst durch die Entziehung des Wassers aus den Geweben eine Wasserverarmung derselben sich einstellen kann, die dann infolge bestehender Retention von Auswurfstoffen den Ausbruch urämischer Symptome herbeiführt.

Kochsalzinfusionen nach dem Aderlasse sind besonders bei Urämie im Anschlusse an eine acute Nephritis angezeigt. — (Zeitschr. f. Heilk.; Wien. klin. Wochenschr.)

Der Albumengehalt des Harnes der Nephritiker unter dem Einflusse der Massage. Von Dr. Erik Ekgren. Ueber Anregung von Senator hat Vf. an der Universitätsklinik in Berlin an einigen Nephritikern Untersuchungen angestellt, um den Einfluss der Massage auf den Eiweissgehalt des Harnes dieser Kranken festzustellen. Nachdem bekanntlich active starke Muskelbewegungen die Albuminurie steigern und Nephritikern daher verboten werden, stellte sich Vf. die Frage, wie es sich mit passiven Bewegungen oder Massage verhalte. An drei Patienten wurden einige Versuche angestellt, und zwar wurde allgemeine Körpermassage ohne die sogenannten Nierenvibrationen vorgenommen. Das Hauptresultat dieser Versuche war, dass eine nicht unerhebliche Zunahme des Albumengehaltes des Harnes der Nephritiker unter dem Einflusse der allgemeinen Körpermassage constatirt wurde, ferner, dass Widerstandsbewegungen der oberen Extremitäten denen der unteren in Bezug auf die Eiweissausscheidung fast gleichgestellt werden können. In praktischer Beziehung wäre wieder hieraus zu folgern, dass Widerstandsbewegungen oder allgemeine Körpermassage von keinem Arzte verordnet werden sollten, ohne dass man bestimmt weiss, dass der betreffende Patient nicht an Albuminurie leidet, oder dann wenigstens mit grösster Vorsicht ausgeführt werden. Auch dürfte es rathsam sein, den Versuch, die Oedeme der Nephritiker durch Massage zu beseitigen, wenn nicht ganz zu unterlassen, so doch ebenfalls nur mit Vorsicht und unter beständiger Controle des Urins zu machen. — (Deutsche med. Wochenschr.; Wien. klin. Wochenschr.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Epiosin. Vahlen ist der Ansicht, dass der Träger der Morphinwirkung der in dem Alkaloid enthaltene Phenantrenkern sei, dass aber auch dem Stickstoffe eine bestimmte Wirkung zuzukommen scheine. Vahlen stellte daher auf synthetischem Wege ein stickstoffhaltiges Phenantrenderivat her, das seiner empirischen Zusammensetzung nach die Formel $C_{14}H_{11}ON.HCl$ besitzt. Dieser Körper, den frei zu isoliren Vahlen infolge der leichten Zersetzbarkeit desselben nicht im Stande war, ist ein Oxamido-

phenantren, welches der Autor Morphigenin nannte. Das Morphigenin eignet sich infolge seiner fast völligen Unlöslichkeit für den Thierversuch nicht. Zu diesem Zwecke wurden Derivate des Morphigeninchlorids hergestellt, von denen nur das Epiosin ($C_{16}H_{12}N_2$) bisher genauer untersucht wurde. Das Morphigeninchlorid ist bei Anwesenheit von Methylamin in starkem Alkohol nur in dunkelgrüner Farbe löslich, wobei sich das Epiosin bildet. Das Epiosin krystallisirt aus Alkohol in glashellen Prismen, die bei 195° C. schmelzen. Es ist leicht löslich in Alkohol und Chloroform, unlöslich in Wasser und Aether. In Dosen von 0·10—0·13 wirkt es bei Erwachsenen schlafbringend. Hergestellt wird das Präparat von den chem. Fabriken (vorm. E. Schering) in Berlin. — (Ph. P.)

Als Beruhigungsmittel werden verordnet:

1. Rp. Bromoformii gtts. XXV
Spirit. vin. 8·0
Aq. destill. 100·0
Succ. liquirit. 2·0

D. S. Stündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Tinct. gelsem. semperviv. 1·0
Sol. arsen. Fowleri 9·0
Aq. destill. ad 100·0

D. S. Dreimal täglich einen Kaffeelöffel voll nach der Mahlzeit zu nehmen.

3. Rp. Aconitini 0·003!
Extr. valerian. q. sat.

ut f. pilul. Nr. XXX. D. S. Dreimal täglich eine Pille zu nehmen und täglich um eine Pille bis auf 10 Pillen täglich zu steigen.

4. Rp. Aether. sulfur. | Amyl. valerian. | āā 0·1

M. f. sol. Dtr. tal. dos. Nr. X ad caps. gelat. D. S. Im Anfalle eine Kapsel zu nehmen.

5. Rp. Coffeïn. natriosalicyl. 0·25
Antipyrini 0·75

M. f. p. Dtr. tal. dos Nr. XII. D. S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

6. Rp. Ammon. bromat. | Kal. bromat. | Natr. bromat. | Rubid. bromat. | Caesii bromat. | āā 2·0
Aq. destill. 185·0
Succ. liquirit. 5·0

D. S. Dreimal täglich ein Esslöffel voll zu nehmen.

7. Rp. Camphor. monobrom. 2·0
Ol. olivar. 20·0
Gumm. arab. 10·0
Aq. font. q. sat.
ut f. emulsio 150·0
Syr. menth. piper. 10·0

D. S. Zweistündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

8. Rp. Glandul. lupuli 0·1
Cannabini tannic. 0·5

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. VI ad chart. cerat. D. S. Abends ein Pulver in Bier zu nehmen.

Als Darmantiseptica werden benützt:

1. Rp. Carbon. depur. 0·3
Pankreatini 0·1
Benzonaphtholi 0·5

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XII. D. S. Dreistündlich ein Pulver zu nehmen.

2. Rp. Argent colloid. 0·3
Sacchari lactis. 3·0
Glycerini | Aq. destill. | āā q. sat.

ut f. pilul. Nr. XXX. D. S. Dreimal täglich vor den Mahlzeiten je zwei Pillen zu nehmen.

3. Rp. Guajacoli benzoic. 10·0
Ol. foeniculi gtts. V

M. f. massa, e qua formentur pastill. Nr. XX. D. S. Dreimal täglich nach der Mahlzeit 1—2 Pastillen zu nehmen.

4. Rp. Resorcini resublim. | Bismuth. salicyl. | āā 5·0
Natr. sulfur. | Pulv. rad. rhei | āā 10·0
Sacchari lactis 15·0

M. f. p. D. S. Dreimal täglich eine Messerspitze voll zu nehmen.

5. Rp. Calc. carbon. praecip. 0·5
Bismuth. subgallic. 0·2

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XII. D. S. Dreistündlich ein Pulver zu nehmen.

6. Rp. Naphthalini | Sacchari | āā 5·0
Ol. bergamott. 0·03

M. f. p. Divide in dos. aeq. Nr. XX. D. S. Zweistündlich ein Pulver zu nehmen.

7. Rp. Eucalyptoli 0·4
Podophyllini 1·5
Mentholi | Calomelanos | Guajacoli carbon. | āā 1·0

M. f. massa, e qua formentur pastill. Nr. XII. D. S. Drei Pastillen täglich zu nehmen.

8. Rp. Orpholi 3·0
Pulv. gumm. arab. 0·5
Mucil. gumm. arab. q. sat.

ut f. pilul. Nr. XXX. Obduce salolo. D. S. Dreimal täglich zwei Pillen zu nehmen.

9. Rp. Mentholi 1·0
Tinct. cort. aurant. 10·0

D. S. Dreimal täglich nach dem Essen 15 Tropfen zu nehmen.

Sitzungsberichte.

Klinischer Aerztetag in Zürich.

Prof. Krönlein: **Ueber Nierentuberculose.**

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Entwicklung der Nierenchirurgie seit Gustav Simon (1869) bespricht Krönlein auf Grund seiner eigenen Erfahrungen die Nierentuberculose in ätiologischer, pathologisch-anatomischer, symptomatologischer und therapeutischer Beziehung. Er verweist dabei auf ein soeben erschienenes Buch von Dr. M. O. Wyss, seinem früheren Assistenten, in welchem in eingehender und gewissenhafter Weise das ganze Material der Klinik und Privatpraxis von Krönlein verarbeitet worden ist. Prof. Krönlein hat in den Jahren 1881—1901 unter Hinzurechnung mehrerer weiterer Beobachtungen, welche nach dem Erscheinen des Wyss'schen Buches gemacht worden sind, im Ganzen 120 Fälle von Nierenkrankheiten behandelt und an denselben 100 Nierenoperationen ausgeführt; unter den letzteren finden sich 50 Nephrektomien (wovon 8 starben). Hier aber soll bloss von den Fällen der Nierentuberculose gesprochen werden.

Es kommen hiebei 38 Fälle in Betracht mit 29 Operationen. Die Tuberculose ist also unter Krönlein's Material von Nierenaffectionen mit circa 32% vertreten, im Vergleiche zu anderen Erfahrungen, z. B. J. Israel's, also in ganz hervorragender Weise. Es wird das Vorkommen der Nierentuberculose im menschlichen Körper überhaupt, dann im Urogenitalapparat speciell, ihr ein- und beidseitiges Auftreten, ihr primäres und secundäres Erscheinen besprochen und das, was aus den Erfahrungen hierorts hervorgeht, in folgende Sätze zusammengefasst.

1. Es gibt eine einseitige, protopathische Nierentuberculose.

2. Viel häufiger freilich als diese protopathische Nierentuberculose ist die deuteropathische, d. h. eine Tuberculose der Niere bei vorausgegangener oder noch bestehender Tuberculose anderer Organe des Körpers.

3. Auch die deuteropathische Nierentuberculose ist häufiger eine einseitige als eine beidseitige.

4. Mit Bezug auf die Localisation der Tuberculose im Bereiche des Harnapparates ist die Nierentuberculose in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als die primäre Erkrankung zu betrachten.

5. Von der Niere aus kann sich die Tuberculose auf descendirendem Wege auf Ureter, Blase, Nebenhoden, Prostata u. s. f. verbreiten, also secundär diese Organe in Mitleidenschaft ziehen.

6. Ein sicherer Beweis für eine ascendirende Nierentuberculose ist unter unserem ganzen Material nicht aufzubringen.

7. Die Nierentuberculose kommt entschieden viel häufiger beim weiblichen Geschlechte vor als beim männlichen (26 w., 12 m.).

8. Sie befällt ferner häufiger die rechte Niere als die linke (rechts 20, links 16, beidseitig 2).

9. Das dritte und vierte Lebensdecennium ist bei der Nierentuberculose am häufigsten vertreten.

10. Pathologisch-anatomisch überwiegt weitaus unter unserem Material die eigentliche Nierenphthise, die Nephritis tuberculosa caseosa oder cavernosa,

11. Viel seltener ist die Nierentuberculose, auftretend in Form ausserordentlich zahlreicher, linsen- bis erbsengrosser, noch nicht verflüssigter Knoten, besonders in der Rinde und unter der Tunica fibrosa; daneben findet sich ab und zu noch eine frische Aussaat miliarer Tuberkeln.

12. Eine mehr infiltrirende, wenig scharf gegen das gesunde Gewebe abgegrenzte Form von Tuberculose findet sich ebenfalls selten.

13. Dagegen haben wir keinen einzigen Fall von primärer Nierenbeckentuberculose gefunden und ebensowenig die von Israel beschriebene ulceröse Form von Tuberculose der Papillen.

Vortragender bespricht sodann die Symptome und die Diagnose der Nierentuberculose, sowie die neueren Methoden, welche empfohlen worden sind, um die Functionsfähigkeit jeder Niere für sich festzustellen. (Harnstoffbestimmung, Phloridzinreaction, Kryoskopie nach Korányi). Dabei wird der Beckmann'sche Gefrierapparat demonstrirt und während des Vortrages die Gefrierprobe eines Urins vorgenommen, welcher der rechten Niere einer links nephrektomirten Patientin entstammte. Die Gefrierpunktserniedrigung betrug in diesem Falle — 1:14°, befand sich also innerhalb der normalen Grenzen.

Zum Schlusse bespricht Krönlein noch die Resultate der Behandlung respective der Operation der Nierentuberculose aus seinem Beobachtungskreise. Es ist zugegeben, dass die Nierentuberculose ohne operativen Eingriff ausheilen kann; doch ist dieser glückliche Ausgang leider sehr selten und sehr unsicher. Wir haben ihn zweimal beobachtet und mehrere Jahre lang weiter constatiren können.

In der Mehrzahl der Fälle ist eine Besserung, respective Heilung nur auf dem operativen Wege zu erhoffen; hier sind die Aussichten aber ganz erfreuliche, insoferne als eine wesentliche Besserung oder sogar eine definitive Heilung in der Mehrzahl der Fälle zu erwarten ist.

Krönlein's Erfahrungen sind speciell folgende:

Von den 38 Fällen von Nierentuberculose wurden 9 (2 männliche, 7 weibliche) nicht operirt, sei es, dass die Operation zur Zeit nicht rathsam erschien, sei es, dass die Operation abgelehnt wurde. Von diesen 9 Patienten starben 7 früher oder später an ihrem Leiden; 2 Patienten dagegen heilten dauernd und lebten noch 3 und 7 Jahre nach der Entlassung ohne Erscheinungen von ihrem früheren Nierenleiden.

29 Fälle von Nierentuberculose wurden operirt, und zwar 5 Fälle mit Conservirung der Niere (Nephrotomie und Incision perinephritischer Abscesse) mit 2 Dauerheilungen; 24 Fälle mit Exstirpation der tuberculösen Niere.

Von diesen 24 Nephrektomien starben 2 ganz desolate Fälle bald nach der Operation; die 22 anderen Fälle überstanden den Eingriff. (Operationsmortalität = 8·3%.)

Was die Dauerresultate betrifft, welche wir bei den nephrektomirten Patienten, die den operativen Eingriff überstanden hatten, feststellen konnten, so ergab sich Folgendes:

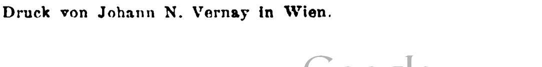
Eine Dauerheilung wurde in 17 Fällen (70%) constatirt, und zwar beträgt die Beobachtungszeit bis jetzt in einem Falle $10^1/_2$ Jahre, in einem Falle 10 Jahre, in zwei Fällen $6^1/_2$ Jahre, in einem Falle 6 Jahre, in einem Falle 5 Jahre, in einem Falle $2^1/_2$ Jahre, in drei Fällen $1^1/_2$ Jahre, in zwei Fällen 13 Monate, in einem Falle 9 Monate, in einem Falle 8 Monate, in einem Falle 7 Monate und in zwei Fällen 5 Monate.

Hie und da sind die Resultate geradezu glänzende. Die Operirten sind in jeder Beziehung kerngesund und zeigen keine Spur irgend eines Krankheitssymptomes; eine Patientin hat nach der Operation 20 kg an Körpergewicht zugenommen u. s. f. — Deswegen ist es durchaus gerechtfertigt, wenn Herr Dr. M. O. Wyss in seinem Buche unter seinen Thesen auch die folgende aufgeführt hat:

„Die Exstirpation der tuberculös erkrankten Niere ist eine der erfolgreichsten Operationen."

Krönlein möchte sogar behaupten, dass von den vielen tuberculösen Erkrankungsherden im menschlichen Körper kaum einer so günstige Verhältnisse für die operative Behandlung darbietet, wie gerade die Nierentuberculose. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.



Die Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Von Docent Dr. L. Réthi in Wien.

Bevor ich auf die Besprechung der Behandlung der Kehlkopftuberculose eingehe, soll in Kürze auf die im Kehlkopf vorkommenden tuberculösen Veränderungen hingewiesen werden, namentlich auf das tuberculöse Infiltrat, das tuberculöse Geschwür und die Perichondritis.

Dass es einen tuberculösen Katarrh im Kehlkopfe nicht gibt, einen Katarrh mit pathognomonischen Kennzeichen, wird jetzt so ziemlich allgemein angenommen. Ist in einem Fall von katarrhalischer Laryngitis eine tuberculöse Lungenerkrankung vorhanden, so handelt es sich um eine zufällige Combination zweier Erkrankungen: einer Laryngitis catarrhalis und einer Lungentuberculose. Eine andere Frage ist es, ob in einem solchen Falle nicht dennoch in der Kehlkopfschleimhaut kleine, vielleicht mikroskopische Tuberkelherde vorhanden sein können; das ist nun allerdings nicht ausgeschlossen. Da wir dies jedoch bei der blossen Besichtigung des Kehlkopfes aus der Laryngitis nicht erschliessen können, so muss, wie weiter unten noch des Näheren auseinandergesetzt werden soll, jeder Laryngitis, namentlich bei tuberculösen oder auf Tuberculose verdächtigen Individuen, erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Anders verhält es sich mit den dem Katarrh ähnlichen, d. h. mit Röthung und Schwellung einhergehenden Veränderungen, welche umschrieben etwa nur an einem Stimmband oder einem Theil desselben auftreten, Veränderungen, die erfahrungsgemäss schon aus diesem Grunde allein, nämlich wegen des umschriebenen Auftretens, als der Tuberculose sehr verdächtige Erscheinungen aufgefasst werden müssen, wie der weitere Verlauf auch beweist, da sich aus ihnen bald ausgesprochene tuberculöse Veränderungen entwickeln.

Die erste manifeste Erscheinung der Kehlkopftuberculose ist das tuberculöse Infiltrat, eine mehr oder weniger umschriebene gleichmässige Anschwellung von grauer oder grau-

röthlicher Farbe, leicht ödematös, zuweilen mit eingestreuten hirsekorngrossen gelblichen Pünktchen versehen, welche von miliaren Tuberkeln herrühren. Die Schwellung geht unmerklich in die normale oder etwas geröthete, weiterhin oft blasse Schleimhaut über und besteht aus einer kleinzelligen Infiltration der Schleimhaut und Tuberkeln, die hauptsächlich unter dem Epithel ihren Sitz haben, namentlich um die Gefässe herum, mit Riesenzellen und Tuberkelbacillen.

Am häufigsten treten die Infiltrate an der Interarytänoidschleimhaut auf, und das Auftreten von Infiltraten an dieser Stelle ist geradezu charakteristisch für die tuberculöse Natur derselben; sie stellen hier weit in die Glottis hereinragende Geschwülste dar und hindern schon mechanisch den Glottisschluss. Nicht selten persistiren sie sogar jahrelang. Sehr oft erscheinen die Infiltrate an den Aryknorpeln, die Contouren derselben verschwimmen, ebenso werden die aryepiglottischen Falten verdickt; die Stimmbänder erscheinen weisslichgelb oder blassroth verfärbt, sie werden dick, walzenförmig. Infiltrate der subchordalen Schleimhaut führen leicht zu gefahrdrohender Stenose. Die Epiglottis, zuweilen auch zuerst von der Tuberculose im Kehlkopfe befallen, erscheint kolben- oder turbanförmig, und nach und nach erkrankt der ganze Kehlkopf. Mitunter kommt es zur Entstehung von sogenannten tuberculösen Tumoren, d. h. von tuberculösen Infiltraten, die ganz circumscript auftreten und nicht ulcerirt sind, eine Bezeichnung, die man ganz auflassen sollte, denn zwischen mehr und weniger circumscript gibt es eigentlich keine Grenze, und im Beginne sind die anderen Infiltrate auch nicht ulcerirt.

Bei einseitigem Auftreten der Infiltrate im Kehlkopfe sind sie oft auf derselben Seite vorhanden, wie die Lungenerkrankung.

Nach und nach kommt es zu Erweichung und Verkäsung der Tuberkel und durch Sprengung und Zerklüftung des Epithels zu G e s c h w ü r s b i l d u n g. Die Geschwüre haben einen blassen, reactionslosen Grund, gezackte, oft unterminirte Ränder und sie greifen allmälig, namentlich an drüsenreichen Stellen, in die Tiefe. Am Geschwürsrand und -Grund schiessen oft Granulationen auf und es entstehen papillare Excrescenzen, welche aus gewuchertem Epithel oder Anhäufungen von Tuberkelbacillen bestehen und oft eine beträchtliche Grösse erreichen; werden sie — was durch Ansaugung bei der Inspiration leicht möglich ist — ödematös, so können sie auch zu Suffocationsanfällen führen.

An der hinteren Wand präsentiren sich diese Geschwüre als vorspringende Zacken, da man die Geschwüre an dieser Stelle fast nie in ihrer ganzen Ausbreitung, sondern mehr oder weniger im Profil sieht, was, wie wir sehen werden, von grosser Wichtigkeit ist. An den Stimmbändern kriechen die Geschwüre, entlang den elastischen Fasern, nach vorne, es entstehen Längsgeschwüre und durch Consumtion des Stimmbandrandes und Spaltung des Stimmbandes Lippengeschwüre. Die Schleimhaut der Taschenbänder sieht oft siebartig durchlöchert aus und an der Epiglottis sitzen die Geschwüre zumeist am Rande oder an der laryngealen Fläche derselben.

Auch die miliare Form kommt vor, doch zumeist nur als Begleiterscheinung des Infiltrates und Geschwürs am Rande desselben; durch Zerfall führt die miliare Tuberculose zu seichten, späterhin sich aber auch vertiefenden Geschwüren.

Greift der Process in die Tiefe, so kommt es zu Perichondritis und Chondritis, Loswühlung des Perichondriums und moleculärem Zerfall oder zur Ausstossung grösserer Knorpelstücke, und durch tuberculöse Infiltration der Weichtheile und Abscessbildung, sowie durch ödematöse Schwellung wird die Suffocationsgefahr immer grösser.

Die therapeutischen Vorkehrungen, die hauptsächlich — wenn auch nur in kurzen, wesentlichen Zügen — Gegenstand dieser Besprechung sein sollen, haben sich nicht zum geringen Theile auf die Prophylaxe zu beziehen. Auf die allgemeine Behandlung, Berücksichtigung einer vorhandenen hereditären Belastung, schwächliche Constitution, Anämie etc. soll hier nicht näher eingegangen werden; ich beziehe mich hier hauptsächlich auf die locale Prophylaxe im Kehlkopfe selbst. Wir müssen oft auch da gewisse prophylaktische Massnahmen treffen, und insbesondere darauf sehen, dass vorhandene Laryngitiden nicht vernachlässigt werden, und zwar aus dem Grunde, weil diese eher zu anderweitigen Erkrankungen, also auch zu einer tuberculösen disponiren, und sich Mikroorganismen in einer aufgelockerten, stellenweise von Epithel entblössten Schleimhaut leichter einnisten können, als auf einem gesunden Boden, obwohl die Tuberkelbacillen erwiesenermassen auch durch intactes Epithel hindurchwandern können. Speciell aber wird man einem Kehlkopfkatarrh dann erhöhte Aufmerksamkeit schenken müssen und ihn nicht sich selbst überlassen, wenn der weiche Gaumen sich durch hoch-

gradige Blässe auszeichnet, eine Blässe, die nicht etwa dem Grade der auch sonst etwa vorhandenen Anämie entspricht, sondern sich wie eine Leichenblässe repräsentirt oder wenn sich Hyper- und Parästhesien des Halses hinzugesellen — Symptome, die zuweilen sehr frühzeitig, lange vor Ausbruch der Kehlkopftuberculose, auftreten. Noch mehr wird man einer solchen Laryngitis Aufmerksamkeit zuwenden müssen, wenn die Lungen bereits tuberculös erkrankt sind.

Fast ausnahmslos ist ja die Kehlkopftuberculose eine secundäre Erkrankung, die sich an dieselbe Erkrankung der Lungen anschliesst, und zumeist geschieht die Infection des Kehlkopfes durch das bacillenhältige Lungensecret, das namentlich auf einer aufgelockerten und erodirten Kehlkopfschleimhaut leichter haftet, daselbst länger verweilt und dem Einwandern von Tuberkelbacillen Vorschub leistet, obwohl, wie erwähnt, auch unversehrtes Epithel keinen sicheren Schutz gegen das Eindringen von Tuberkelbacillen gewährt. Eine Infection des Kehlkopfes kann aber auch durch die Blut- und Lymphbahnen geschehen. Doch muss berücksichtigt werden, dass auch eine primäre Tuberculose des Kehlkopfes vorkommt; primär, nicht nur in dem Sinne, dass wir bei dem betreffenden Individuum in anderen Organen klinisch keine Tuberculose nachzuweisen vermögen, sondern eine primäre Erkrankung des Kehlkopfes bei wirklich vollständigem Freibleiben aller anderen Organe, wie solche Fälle thatsächlich durch Obduction (Demme, E. Fränkel, Orth) sichergestellt sind. Es wird daher stets einer Laryngitis ein gewisser Grad von Aufmerksamkeit geschenkt werden müssen. Man wird also schon bei dem leisesten Verdacht auf Tuberculose, abgesehen von den gegen die Laryngitis gerichteten therapeutischen Vorkehrungen, wie überhaupt bei Tuberculose, die entsprechenden, auf Kräftigung des Organismus abzielenden Massnahmen zu treffen haben.

Die allgemeinen, gegen Tuberculose gerichteten Massnahmen bestehen vornehmlich darin, und das soll nur kurz erwähnt werden, dass man Arsenik, Kreosot, Guajakol etc. verordnet und den Kranken unter den sonst üblichen Cautelen, d. h. wenn kein hohes Fieber, keine Athemnoth, keine Hämoptoe, Diarrhöen etc. vorhanden sind, in ein entsprechendes gleichmässig mildes Klima schickt. Dabei muss man sich stets vor Augen halten, dass der Kranke, um ein solches Klima aufsuchen zu können, auch finanziell entsprechend situirt sein muss, um sich nicht etwa anderweitig,

namentlich was Wohnung, gute Verköstigung betrifft, Entbehrungen auferlegen zu müssen, und dass er die Aufenthaltsdauer sich nicht zu kurz bemesse, eventuell dieselbe auch verlängern könne; er darf den Ablauf der seiner Erholung bestimmten Zeit nicht ängstlich abwarten, weil seine persönliche Anwesenheit zu Hause vielleicht um diese Zeit unbedingt nothwendig ist.

Was nun die örtliche Behandlung der tuberculösen Erscheinungen im Kehlkopfe betrifft, so soll bemerkt werden, dass ich nur jene Methoden besprechen will, die jetzt mehr oder weniger allgemein anerkannt sind und geübt werden.

Die Chancen einer entsprechenden, eingreifenden Behandlung der Kehlkopftuberculose sind heutzutage wesentlich besser als vor Jahren. Während früher die Prognose der Kehlkopftuberculose absolut infaust war, sind jetzt, nicht nur, was die Schmerzstillung im Kehlkopfe, sondern auch was die Heilung der tuberculösen Kehlkopfveränderungen betrifft, wesentliche Fortschritte zu verzeichnen.

Man weiss jetzt, dass tuberculöse Infiltrate resorbirt werden können, dass Geschwüre gelegentlich auch definitiv narbig ausheilen, d. h. nicht bloss etwa auf einige Monate oder Jahre, sondern dass man — allerdings in sehr seltenen Fällen — von einer dauernden Heilung sprechen kann. Wir wissen, dass spontane Heilungen vorkommen, dass die Tuberkel durch Bindegewebsneubildung abgekapselt werden können, dass dann Schrumpfung erfolgt, dass bei Geschwürsbildung die Tuberkeldepots ausgeschieden werden können, und schliesslich narbige Ausheilung erfolgen kann.

Man legt aber die Hände nicht müssig in den Schoss, wartet nicht etwa eine Spontanheilung ab, sondern ahmt diesen sonst durch die Natur zuweilen spontan vorgezeichneten Vorgang nach und strebt die Eliminirung des tuberculösen Gewebes speciell auf chirurgischem Wege an. Die Umstände nun, unter denen ein solcher Eingriff vorgenommen werden soll, und ein Erfolg mit einem gewissen Grade von Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, müssen ganz besonders erwogen und berücksichtigt werden; eine richtige Beurtheilung derselben ist mitunter recht schwierig, wovon weiter unten ausführlich gesprochen werden soll. Wie bei jeder neuen Methode muss man sich vor Extremen hüten und nicht jeden Fall chirurgisch behandeln wollen, man discreditirt dadurch nur die Behandlungsmethode.

Im Allgemeinen ist die Prognose der Kehlkopfaffection günstiger, wenn die Kranken noch relativ kräftig sind, nicht fiebern, der Process in den Lungen wenig vorgeschritten ist und die Veränderungen im Kehlkopfe umschrieben sind, wenn der Substanzverlust weder der Fläche nach stark ausgebreitet ist, noch weit in die Tiefe dringt, und die Verdickungen, bezw. Geschwürsränder den Eindruck eines mehr derben Infiltrates machen. Dagegen ist die Prognose der laryngealen Erkrankung schlecht bei herabgekommenen oder überhaupt schlecht genährten Kranken, bei Fieberbewegung, schlechten hygienischen Verhältnissen, bei hereditärer Belastung des Kranken, bei Erkrankung während der Schwangerschaft, bei weit vorgeschrittener Lungentuberculose, bei Cavernenbildung, und namentlich bei grosser Ausbreitung des tuberculösen Processes im Kehlkopf, weichen Infiltraten, grosser Neigung zu raschem Zerfall und wenn die Geschwüre sehr in die Tiefe gehen oder schon Perichondritis vorhanden ist.

Freilich ist es nicht immer leicht, über die Ausbreitung eines Kehlkopfgeschwüres volle Klarheit zu erlangen; man sieht dasselbe, namentlich wenn es an der Interarytänoidschleimhaut seinen Sitz hat, fast niemals in seiner ganzen Ausdehnung, es entzieht sich da zum grossen Theil der Besichtigung mit dem Spiegel, und dies muss man sich bei der örtlichen, namentlich der chirurgischen Behandlung ganz besonders vor Augen halten. Die Auto- oder Orthoskopie nach Kirstein, die sonst ein besseres Besichtigen der hinteren Kehlkopfwand gestattet, ist oft gerade bei solchen Kranken mit schmerzhaften Kehlkopfprocessen schwieriger ausführbar.

Man wird nun in den entsprechenden, d. h. günstigen Fällen, kleinen Geschwüren — in diesem Stadium stellen sich zumeist die Kranken zuerst dem Arzte vor — Milchsäurepinselungen vornehmen: nach vorausgegangener Cocaïnisirung des Kehlkopfes wird eine 60—80%ige Milchsäurelösung eingerieben und wenn sich der Schorf nach einigen Tagen abgestossen hat, eine zweite Pinselung eventuell mit reiner Milchsäure vorgenommen; unter günstigen allgemeinen und örtlichen Verhältnissen und Bedingungen wird es dann hie und da gelingen, nach einigen Sitzungen gesunde Granulationsbildung und eine — oft allerdings nicht bleibende — Uebernarbung zu erzielen.

Sicherer gelangt man durch die von M. Schmidt inaugurirte chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose zum Ziele; sie

besteht theils in Scarification der Infiltrate, theils in der Auskratzung der Geschwüre, ebenso wie man dies an der Haut oder am kranken Knochen thut. Die Scarificationen, Einschnitte in Infiltrate und ödematöse Stellen, namentlich an der hinteren Kehlkopfwand, den Aryknorpeln und der Epiglottis beziehen sich mitunter lediglich auf die Beseitigung gefahrdrohender Stenose und heftiger Dysphagie, wovon weiter unten, doch gelingt es zuweilen, durch die Scarification auch ein sehr bedeutendes Zurückgehen von Infiltraten zu erzielen, namentlich, wenn man den Einschnitten Milchsäurepinselungen folgen lässt.

Die eigentliche, auf Heilung abzielende Behandlung besteht in der Curettirung, in der chirurgischen Eliminirung des tuberculösen Gewebes mit dem scharfen Löffel. Die Anästhesirung des Kehlkopfes wird durch Einpinselung mit Cocaïn erzielt — submucöse Injectionen sind nicht nothwendig — und die Auskratzung geschieht mit einem einfachen scharfen Löffel. An jenen Stellen des Kehlkopfes, die dem Druck des Löffels ausweichen, z. B. an den aryepiglottischen Falten und der Epiglottis oder bei derben Infiltraten, benützt man die Doppelcurette (von Heryng oder Heermann). Ist der Kranke sehr empfindlich, so kann man die Auskratzung und Reinigung in einer zweiten Sitzung vervollständigen. Wie schon erwähnt, muss stets berücksichtigt werden, dass ein Theil des Geschwüres, besonders an der Interarytänoidschleimhaut, dem Auge oft unzugänglich ist, daher eine vollständige Entfernung alles Krankhaften nicht immer möglich ist.

In seltenen Fällen kommt es dabei auch zu einer stärkeren Blutung, die man am besten durch Pinselung mit Ferr. sesquichlor. und 80% Milchsäure āā oder mit dem Galvanokauter stillt. Die Reaction ist in der Regel eine minimale. Von Vortheil ist es, der Auskratzung eine Milchsäurepinselung folgen zu lassen. Dieser combinirten Behandlung verdanken wir die besten Resultate.

Auch von der Galvanokaustik kann man in günstigen Fällen mit Vortheil Gebrauch machen, und zwar nicht nur bei tuberculösen Geschwüren, sondern auch bei Infiltraten, z. B. des Kehldeckels, indem man den spitzen Brenner in mehreren Sitzungen in Zwischenräumen von etwa 10 Tagen an mehreren Stellen tief in das Infiltrat einbohrt. Die Reaction ist in der Regel sehr gering, wenn nicht, wie ich dies einigemal gesehen, Trichloressigsäure gleich danach eingerieben wird, was auch empfohlen wurde.

Mehrfach habe ich mit dem Galvanokauter gute Resultate erzielt, und namentlich wird auf diese Weise die Blutung — die allerdings auch bei chirurgischen Eingriffen zumeist gering ist — ganz vermieden.

Es ist ausserordentlich wichtig und kann nicht genug betont und wiederholt werden, dass man sehr individualisiren muss; man darf die Kranken nicht unterschiedslos ohne die sorgfältigste Auswahl chirurgisch behandeln wollen. Die Grundzüge hiefür — soweit dies überhaupt möglich — sind schon bei Besprechung der Prognose dargelegt worden: man wird von einer chirurgischen Behandlung absehen müssen, wenn der Kranke geschwächt ist, fiebert oder eine ausgebreitete oder rasch fortschreitende Lungen- und Kehlkopfaffection vorliegt, wenn tiefe, schlecht zugängliche Geschwüre oder Chondritis und Perichondritis vorhanden ist, denn in diesen Fällen kommt es nicht zur Bildung von guten Granulationen, und statt eines kleinen bekommt man dann ein grosses Geschwür. Nur bei wenig ausgebreiteter Lungentuberculose, besonders, wenn der Process mehrere Monate hindurch stationär geblieben ist, bei mehr oder weniger umschriebener Kehlkopferkrankung, kleinen Infiltraten und Geschwüren, d. h. wenn gegründete Aussicht vorhanden ist, dem Kranken zu nützen und Heilung oder Besserung erwartet werden kann, soll auf chirurgische Behandlung gedrungen werden. Noch muss aber hier hervorgehoben werden, dass Infiltrate mitunter jahrelang stationär bleiben, ohne zu zerfallen und dass man in solchen Fällen genau erwägen muss, ob man dieselben — wenn durch sie keine wesentlichen Beschwerden verursacht werden — nicht, vorläufig wenigstens, in Ruhe lassen soll.

Diese Indicationen und Gegenindicationen sollten in ihren Grundzügen jedem Arzt geläufig sein, und jeder sollte mit dem Kehlkopfspiegel soweit vertraut sein, dass er wenigstens ein ungefähres Bild der Grösse und Ausdehnung der localen Veränderungen, der Infiltrate und Geschwüre im Kehlkopfe gewinne. Man darf einen solchen Kranken nicht etwa tagelange Reisen zum Specialarzt machen lassen, der ihn dann — weil ein Eingriff vielleicht schon lange nicht mehr indicirt ist — in seine Heimat unverrichteter Dinge, und wegen der Anstrengungen der Reise oft noch in schlimmerem Zustande wie vorher zurückzuschicken gezwungen ist.

Trotz aller Voraussicht und Erfahrung täuscht man sich zuweilen aber dennoch. Einmal sehen wir Fälle, in denen z. B. wegen weit vorgeschrittener Lungenerkrankung von einer chirurgischen Behandlung abgerathen wird, diese thatsächlich unterbleibt, und die Infiltrate dann doch noch zurückgehen und die Geschwüre bloss auf eine symptomatische Behandlung hin noch verheilen, ein anderes Mal dagegen sind wir, trotzdem der Fall anscheinend günstig ist, nicht im Stande, durch einen chirurgischen Eingriff Heilung zu erzielen.

Beim Kranken stösst man aber oft auf unüberwindliche Schwierigkeiten, wenn man chirurgisch vorgehen will. Im Beginne sind die Kranken einem solchen Eingriff abgeneigt, weil sie dem Halsleiden keine Bedeutung beimessen, und entschliessen sie sich endlich dazu, so ist es zumeist zu spät, weil der Process unterdessen zu weit vorgeschritten ist.

Worin besteht nun die Behandlung in den ungünstigen Fällen, d. h. wenn der allgemeine oder örtliche Zustand ein unbefriedigender ist und insbesondere, wenn die Geschwüre schon sehr ausgedehnt sind, oder auch, wenn sich der Kranke in einem sogenannten günstigen Falle zu einer chirurgischen Behandlung nicht entschliessen will? In letzterem Falle wird man eine Milchsäure-Behandlung ohne Auskratzung einleiten; in desolaten Fällen dagegen wird man sich auf eine mehr oder weniger symptomatische Behandlung beschränken müssen und das Bestreben wird darauf gerichtet sein müssen, einerseits die Geschwüre zu reinigen, antiseptisch zu behandeln und anderseits vorhandene Schmerzen zu lindern und schliesslich drohende Erstickungsgefahr abzuwenden.

Eine Desinfection der Geschwüre ist allerdings recht schwierig, fast unmöglich, denn abgesehen davon, dass wir z. B. die Medicamente in entprechend concentrirter Form, d. h. so stark, dass eine Abtödtung der Mikroorganismen mit Sicherheit zu erwarten ist, im Kehlkopfe nicht anwenden können, wird das Geschwür immer wieder von Neuem durch das aus den Lungen heraufbeförderte Secret verunreinigt, denn fast immer ist die Lunge in solchen Fällen erheblich erkrankt. Es kann also von einer richtigen Desinfection kaum die Rede sein.

Die Application der reinigenden Medicamente geschieht theils durch Inhalation, theils durch Pinselung oder Einträufelung, theils durch Einblasung. Zu Inhalationen verwenden wir Borsäure, Carbolsäure, Creolin, Kresol, ferner auch aus einem

Gefäss mit siedendem Wasser 10 Tropfen Bals. peruv. (2:1 Spir. vini), Tr. Benzoes., Tr. Myrrhae; zu Pinselungen, bezw. Einspritzungen: namentlich Carbolglycerin (10%), Resorcin (10%) und Mentholöl (20%), letzteres wirkt zugleich auch schmerzstillend, und zu Einblasungen insbesondere: Bismut. subnitr., Acid. boricum, Jodol, Aristol. Auch Pyoctanin, auf eine Sonde angeschmolzen und auf diese Weise applicirt, leistet zuweilen gute Dienste.

Eine zweite Hauptaufgabe besteht in der Schmerzstillung. Hiezu eignen sich, namentlich vor den Mahlzeiten, Pinselungen mit 10—15%iger Cocaïnlösung, wobei zu berücksichtigen ist, dass bei etwas längerem Gebrauch eine Angewöhnung an das Medicament und eine Abstumpfung der Wirkung erfolgt, dass man also, namentlich im Beginne, wenn der Zustand ein noch leidlicher ist, mit dem Cocaïn nicht allzu freigebig sein soll. Ferner kann Cocaïn als Zusatz zur Inhalation (5 Tropfen einer 20%igen Lösung) benutzt werden, namentlich wenn der Arzt nicht bei jeder grösseren Mahlzeit bei der Hand ist, um die Pinselung vorzunehmen. Auch zu Einblasungen benutzen wir das Cocaïn und Eucaïn vielfach, namentlich aber das Orthoform und Anästhesin, durch welche Mittel man eine längere, mitunter bis zu acht Stunden andauernde Analgesie des Kehlkopfes erzielen kann. Zuweilen leisten, besonders bei Geschwüren, Cocaïn-Antipyrinpastillen (0·002:0·2), 3—4 Stück im Tag genommen, gute Dienste.

Bei der Schmerzlinderung kommen aber zuweilen auch chirurgische Eingriffe in Betracht; man wird nämlich mitunter auch in vorgeschrittenen und ungünstigen Fällen, insbesondere bei heftigen Schmerzen infolge von Infiltraten an der Epiglottis und den Aryknorpeln zu einem operativen Eingriff gedrängt. M. Schmidt hat als Erster in solchen Fällen zur Behebung des Schluckwehs mit Erfolg Incisionen vorgenommen. Gute Dienste leistet dabei die Abtragung grösserer oder kleinerer Theile der Epiglottis, besonders bei umschriebenen Infiltraten am Rande derselben, mit der galvanokaustischen Schlinge; die Reaction ist dabei sehr gering. In diesen Fällen wird also der Eingriff vorgenommen ohne Rücksicht auf die Ausbreitung im Kehlkopf oder in den Lungen, lediglich, um die Qualen der Kranken zu lindern.

Selbstverständlich wird man dann stets auch die Consistenz der Speisen und die Beschaffenheit der Getränke, die Temperatur etc. zu beachten und zu regeln haben.

Ist Fehlschlucken vorhanden, so versucht man bei horizontaler Lage und herabgebeugtem Kopf aus einer Schnabeltasse trinken zu lassen, weil dabei die Flüssigkeit um den Kehlkopf herum in den Oesophagus gelangt; ferner empfiehlt es sich da, nicht bei jedem Schluck auszusetzen, sondern soviel als möglich in einem Zug in den Magen gelangen zu lassen. Der Hustenanfall tritt dann statt nach jedem Schluck zumeist erst am Schluss nach dem Absetzen auf.

Schliesslich wird man bei drohender Erstickungsgefahr entsprechend vorkehren müssen, speciell chirurgisch einzugreifen haben. Bei Oedemen und perichondritischen Abscessen wird man scarificiren, üppige Granulationen, sowie umschriebene stenosirende Infiltrate und sogenannte tuberculöse Tumoren mit Zange oder Schlinge entfernen, und insbesondere bei ausgebreiteter Schwellung, Perichondritis, namentlich des Ringknorpels, zur Tracheotomie schreiten müssen. Doch soll man mit derselben nicht etwa bis zum letzten Augenblick warten; namentlich bei reichlicher Granulationsbildung am Rande von Geschwüren muss man vorsichtig sein, weil sie sich bei der geringsten acuten Exacerbation, bei leichter Zunahme der Hyperämie rasch vergrössern können und, wenn dann die Granulationen noch durch negativen Luftdruck bei der Inspiration ödematös werden, so kann man schon wenige Minuten nach einer vielleicht gerade vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchung durch Suffocation sehr unangenehm überrascht werden.

Nun scheint es aber, als wäre die Tracheotomie etwas mehr als bloss ein symptomatisches Mittel, das geeignet ist, die Erstickung zu verhindern. Man sieht nämlich nicht selten nach vorgenommener Tracheotomie die örtlichen Erscheinungen im Kehlkopf bedeutend zurückgehen; Oedeme und sogar Infiltrate werden kleiner, und dies ist wahrscheinlich eine Folge der Ruhigstellung des Kehlkopfes durch die ausgeführte Tracheotomie. Auf diese Weise wird oft auch der schliessliche Ausgang nicht unwesentlich hinausgeschoben und aus diesem Grunde wurde auch empfohlen, die Tracheotomie bei sonst günstigem Lungenbefunde und gutem Kräftezustande schon sehr frühzeitig, also vor Eintritt der Stenose, vorzunehmen, insbesondere, wenn der Process im Kehlkopfe Neigung hat, rasch fortzuschreiten und heftige Dysphagie vorhanden ist. Erwähnt soll aber werden, dass der Tracheotomie und dem Tragen einer Canüle in vereinzelten Fällen im Gegentheil ein

ungünstiger Einfluss und ein rascheres Fortschreiten des Processes zugeschrieben werden muss.

Obwohl nun auch heutzutage bei chirurgischen Eingriffen im Kehlkopfe die Zahl der theils vorübergehenden, theils längere Zeit hindurch währenden, theils auch bleibenden, d. h. jahrelang bestehenden Heilungen, noch immer eine relativ geringe ist, so werden wir dennoch angesichts der früheren ganz infausten Prognose und des absolut ungünstigen Verlaufes der Kehlkopftuberculose auch diese geringen Erfolge als erfreulichen Fortschritt in der Behandlung dieser Krankheit ansehen müssen.

REFERATE.

Interne Medicin.

Therapeutische Notizen über Hedonal. Von Prof. Dr. Joh. Fritsch.

Vf. hat das Hedonal in einer grösseren Anzahl von Fällen — zumeist bei Neurasthenikern und in Fällen einfacher depressiver Verstimmung — angewendet; die Resultate waren durchwegs zufriedenstellend. Er beschränkte sich zunächst auf Einzelgaben von 1 g, musste aber häufig die Dosis um Einiges steigern und kann im Einklang mit Erfahrungen anderer Beobachter bestätigen, dass eine Durchschnittsgabe von 1·5 g ausreicht, um bei Fällen obiger Kategorie einen durch circa sechs Stunden anhaltenden Schlaf zu erzielen. In Fällen, in denen die Verstimmung mit Angst complicirt war, liess das Mittel im Stich. Ueberraschend war die Wirkung bei einem schon etwas vorgeschrittenen Paralytiker, der längere Zeit hindurch an erheblicher Schlafstörung gelitten hatte und nach nur zweimaliger Anwendung des Mittels bisher (seit Monaten) von seiner Schlafstörung befreit blieb. Eine Nachwirkung des Hedonals wurde von einzelnen Patienten insoferne behauptet, als ein Gefühl von Ermattung angeblich am Tage nach der Verabreichung bestanden hat; in der überragenden Mehrzahl der Fälle kam eine solche nicht zum Vorschein; auch hat sich nie irgend eine üble Nebenwirkung, wie sie anderen Schlafmitteln oft anhaftet, gezeigt. Die meisten der Patienten zogen die Anwendung des Mittels in Oblaten vor, da

dessen Geschmack etwas unangenehm empfunden wurde; der Effect des Mittels stellte sich gewöhnlich schon binnen $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde ein. Nach seinen bisherigen Erfahrungen hält Vf. das Hedonal für ein durchaus bewährtes Hypnoticum, welches in Fällen einfacher Schlaflosigkeit bei Neurasthenikern und leichteren Formen von Verstimmung sich sehr wirksam erwiesen hat. — (Wien. med. Presse, Nr. 24, 1902.)

Die Behandlung des Magengeschwürs. Von Prof. Dr. Wilhelm Fleiner.

Wunden und Geschwüre heilen überhaupt nicht durch ein vom Arzte verordnetes Mittel, sondern von selbst, und zwar durch die den Zellen und Geweben innewohnende Regenerationskraft. Der Arzt trägt nur insofern zur Heilung bei, als er für die Wundheilung günstige Bedingungen schafft. Für die Magengeschwüre ergeben sich, von diesen Gesichtspunkten ausgehend, einige allgemeine Indicationen. Wenn wir dem kranken Magen die Möglichkeit geben, sich auf sein kleinstes Volumen zusammenzuziehen und wenn wir ihn dann möglichst lange in einem gut contrahirten Zustande erhalten, so begünstigen wir seine Heilung. Der Substanzverlust in der Magenwand wird durch die Contraction des Magens kleiner; entsprechend der tiefsten Schicht des Geschwüres können die Ränder sogar verkleben, wodurch das Geschwür gleichzeitig tief wird. Es bleibt aber immer noch ein Rest des Substanzverlustes übrig, welcher mit Granulationsgewebe ausgefüllt und vom Rande her mit Epithel überhäutet werden muss. Bis diese Heilungsvorgänge vollendet sind, ist viel Zeit nöthig. Wie viel Zeit, das ist schwer zu sagen, weil einerseits die Regenerationsfähigkeit der Gewebe individuell verschieden und jedenfalls bei entkräfteten, blutarmen und alten Individuen viel geringer ist, als bei jugendlichen, wohlgenährten und sonst kräftigen Leuten, und weil anderseits auch die Heilungsdauer von der Grösse des Substanzverlustes abhängt.

Ausserdem begünstigt absolute Körperruhe die Geschwürsheilung: die Kranken müssen daher längere Zeit hindurch vollständige Bettruhe einhalten. Am besten contrahirt ist der Magen im leeren Zustande, also im Hunger. Wenn der allgemeine Kräfte- und Ernährungszustand es erlaubt, so wird man Geschwürskranke, namentlich nach einer Blutung, einige Tage lang hungern, d. h. nichts durch den Mund in den Magen bringen lassen. Für Flüssigkeitszufuhr sorgt man durch Wassereinläufe in den Dickdarm. Das

Hungergefühl kann ebenfalls durch ernährende Klystiere gestillt werden. Auf demselben Wege lassen sich auch Schwächeanwandlungen beseitigen. Für den ersten Tag wird es ausreichen, Morgens, Mittags und Abends je ein Klystier von 250—300 cm³ lauwarmem Wasser, Fleischbrühe oder Fleischbrühe (200—250) mit Weisswein (50—100) vermischt geben zu lassen. Bei sehr geschwächten Kranken kann man den Fleischbrühklystieren 1—2 verquirlte Eier und etwas Kochsalz, ferner Milch und Traubenzucker zusetzen, muss aber dann wenigstens einmal am Tage den Mastdarm durch ein wässeriges Reinigungsklystier ausspülen. Durch den Mund wird in den ersten Tagen der Geschwürbehandlung nichts verabreicht. Lippen und Mundschleimhaut hält man feucht durch frisches Trinkwasser oder ein angenehmes kohlensäurehaltiges Mineralwasser, das in kleinen Portionen eingeschlürft, nach dem Hin- und Herbewegen im Munde aber wieder ausgespien wird. Kleine Eisstückchen haben denselben Zweck; das verschluckte Eiswasser begünstigt nur die Contraction des Magens. Kleine Schlucke gasfreien, frischen Wassers schaden auch nicht. Mitunter wird Candiszucker gerne in den Mund genommen, der eine stärkere, dem Magen wohlthuende Speichelsecretion anregt.

Den Contractionszustand des Magens controlirt man regelmässig; sobald man merkt, dass der Magen die geringste Auftreibung zeigt, so legt man einen Eisbeutel auf die Magengegend und nimmt ihn nach 1—2 Stunden wieder weg, um ihn von Neuem aufzulegen, wenn es wieder nothwendig wird.

Nach dem Ablauf einiger Tage, wenn man annehmen kann, dass eine Verklebung der Geschwürsränder der tiefsten Schicht stattgefunden habe, beginnt man mit der Nahrungszufuhr auf natürlichem Wege. Je länger man damit warten kann, desto besser ist es für den Magen. Die Beschaffenheit des Pulses und das subjective Empfinden kann als Fingerzeig dienen, wenn man Nahrungsmittel zuführen soll. Man beginnt dann mit der strengen Milchdiät, fängt mit kleinen Portionen an, die man im Laufe von 2—3 Wochen allmälig auf 250 cm³ in Abständen von 2—2½ Stunden steigert. Ueber diese Quantität der Einzelration hinauszugehen, ist vor Ablauf der vierten bis sechsten Woche nicht rathsam. Macht sich aber ein grösseres Nahrungsbedürfniss geltend, so steigert man allmälig den Nährwerth der einzelnen Rationen, indem man die Milch mit feinen Mehlen abkochen lässt (Arrowroot, Reismehl, Maizena, Racahout [wenn letzterer nicht zu süss

ist) oder indem man der Milch 1—2 Eigelbe oder Rahm beimischen lässt, Fettmilch oder eingekochte Milch verwendet. Sind auch diese Versuche geglückt, so gibt man nach vorausgegangener natürlicher Spülung des Magens durch Trinken von 100—150 cm³ Vichywasser als erstes Frühstück Hafergrütze nach Kussmaul's Vorschrift, Mittags und Abends gute Schleimsuppen oder Brei und in den Zwischenzeiten Milch und Fleischgelée. Letzteres Präparat ist besonders auch da zu empfehlen, wo im Beginn einer Cur die Milch nicht ertragen wird.

Nach der vierten Woche macht Vf. den ersten Versuch mit Fleisch, und zwar zuerst mit weissem Fleisch (Huhn), das man gewiegt der Schleimsuppe beimengt. Wurde dies gut ertragen, so kann man nach und nach kleine Portionen weissen Fleisches (Fisch, Huhn, Taube, Rebhuhn, Brieschen, zartes Kalbfleisch) mit etwas ungeschmälztem, mit Milch bereitetem Kartoffelbrei, weich gekochtem und durchgetriebenem Reis, in Fleischbrühe gekochten dünnen Nudeln zum Mittagessen geben, vielleicht auch einen Auflauf von Milch, Mehl und Eiern dazu. Je langsamer man von der strengen Diät abgeht, desto sicherer ist der Erfolg der Behandlung. Erst nach der sechsten Woche oder noch später versuche man rothes Fleisch Mittags: Rostbeef, Beefsteak, Reh u. dgl. Abends weisses Fleisch oder eine leichte Eierspeise oder einen Mehl-, Reis- oder Griesbrei, und gebe nur noch als Zwischenmahlzeit um 10 und um 5 Uhr, vielleicht auch noch vor dem Einschlafen, Milch. Zarte Gemüse kommen allmälig auch an die Reihe (grüne Erbsen als Purée, desgleichen Spinat, Gelbrüben, Blumenkohl und Spargelköpfe), gekochtes Obst nur, wenn es im Magen keine Säure verursacht. Zweckmässig wird nüchtern und vor dem Mittag- und Abendessen ein kleines Glas (100 cm³) Vichywasser getrunken. Zwischen der vierten und sechsten Woche kann man die Kranken erstmals aufstehen und ganz allmälig auch kurze Gänge machen lassen. Nach jeder Nahrungsaufnahme müssen sie sich aber wieder hinlegen und dies wenigstens nach den Hauptmahlzeiten noch viele Monate lang thun.

Wenn man andere Speisen als Milch, Hafergrütze, Brei und Eier nehmen lässt und namentlich wenn man die Kranken aus der Behandlung entlässt, muss man sie instruiren, dass sie Krusten, Haut und Sehnen vom Fleisch, Krusten von Brot oder Zwieback, Häute, Schalen, Körner und Kerne von Obst und Früchten, Fasern, Stengel u. s. w. von Gemüsen streng vermeiden,

und Alles, was sie essen, so gut als möglich kauen und einspeicheln, damit die zarte Narbe mechanisch nicht gereizt werde. Desgleichen müssen sie alle geistigen Getränke, vorab den Cognac, alle kohlensäurehaltigen, von Magenkranken oft missbrauchten Flüssigkeiten (Bier, kohlensaure Wässer, Champagner) vermeiden. Ebenso wie alkoholische Getränke sind Gewürze, Senf, Pfeffer, Pickels, scharfe und fette Saucen zu vermeiden, auch starkes Salzen der Speisen ist nachtheilig. Vf. vermeidet auch Fleischextract, Albumosen- und Peptonpräparate bei Geschwürskranken, weil alle diese Mittel die Magenschleimhaut reizen. Zu etwaigen Nachcuren ist lediglich ein Aufenthalt in kräftiger, reiner Luft an einem ruhigen Orte, wo die Küche auf den noch schonungsbedürftigen Magen Rücksicht nimmt, zu empfehlen, eventuell auch ein Stahlbad, nicht aber eine Trinkcur in irgend einem Badeorte. Ein alkalisches Mineralwasser, wie Fachinger, Karlsbader, Biliner oder Vichy, das die Reconvalescenten nüchtern und vor den Mahlzeiten in kleinen Mengen nehmen sollen, können sie überall erhalten: grössere Reisen nach einer Geschwürscur sind aber dringend zu widerrathen. (Schluss folgt.)

Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs. Von Prof. Dr. Sahli.

Vf. hält es für geboten, seine auf dem diesjährigen Congress für innere Medicin von ihm vertretenen Thesen über die Behandlung des Magengeschwürs als Mahnruf in extenso mitzutheilen. Dieselben lauten: 1. Die bisherigen Thatsachen sprechen nicht dafür, dass die interne Therapie des Magengeschwürs erheblich zu Gunsten der chirurgichen Behandlung einzuschränken ist. Die meisten bisher operirten uncomplicirten Fälle von Magengeschwür beweisen bloss, dass das Magengeschwür auch nach Operationen heilen kann.

2. Die Gastroenterostomie, welche bisher beim Magengeschwür vorwiegend Anwendung fand, ist indicirt bei uncompensirbaren anatomischen Stenosen des Pylorus, wie sie durch Narbenbildung und Verwachsungen beim Magengeschwür zustande kommen können. Es muss jedoch bei dieser Indication berücksichtigt werden, dass durchschnittlich, und zwar gerade wegen der Inaussichtnahme der operativen Behandlung der Fälle, zu viele anatomische Stenosen diagnosticirt werden, in Fällen, wo bloss functionelle Störungen der Magenentleerung vorliegen, welche einer internen Behandlung sehr wohl zugänglich sind. Auch die in manchen Operationsberichten enthaltenen Angaben über angeblich

vorgefundene narbige Pylorusstenosen sind für den kritischen Leser nicht ausnahmslos überzeugend, weil auch bei der Operation die Frage nach der Existenz der angenommenen anatomischen Pylorusstenose bei der Untersuchung des Magens von aussen nicht immer entschieden werden kann. Manche Berichte erwecken den Eindruck, dass der contrahirte Pylorus mit Narbenstenosen sogar bei der Operation verwechselt worden ist. Die Geneigtheit einzelner Operateure, auch bei functionellen Störungen Gastroenterostomien auszuführen, schliesst, abgesehen davon, dass dies überflüssig und gefährlich ist, das Bedenken in sich, dass sie den Praktiker veranlassen kann, allzu rasch den bequemen Weg einzuschlagen, seine Patienten, die ihm langweilig zu werden anfangen, dem Chirurgen zuzuweisen, ohne das nothwendige Gefühl der Verantwortlichkeit und ohne sich mit der Behandlung die nothwendige consequente Mühe gegeben zu haben.

3. Es ist nicht bewiesen, dass die Gastroenterostomie ein empfehlenswerthes Mittel zur Stillung von Magenblutungen ist. Die meisten Magenblutungen stehen auf zweckmässige diätetische Verordnungen, wie sie immer mit den Gastroenterostomien verbunden werden, von selbst und von denjenigen Blutungen, deren man auf diesem Wege nicht Herr wird, besonders jenen gefährlichen Blutungen aus der Arteria lienalis, ist der Nachweis nicht erbracht, dass sie durch die Gastroenterostomie gestillt werden können. Dem Vf. sind im Gegentheil Fälle bekannt, wo im Anschluss an Gastroenterostomien tödtliche Magenblutungen erfolgten. Es ist auch gar nicht einzusehen, was für Vortheile die Gastroenterostomie vor der für schwere Fälle von Magenblutungen ohnehin streng durchzuführenden und längere Zeit fortzusetzenden Nahrungsentziehung haben soll. Im Uebrigen erfolgen die meisten Magenblutungen, welche wirklich lebensgefährlich werden, foudroyant. Der Zustand des Patienten ist dann gewöhnlich sofort so, dass an einen Eingriff nicht gedacht werden kann. Für die sich häufig wiederholenden kleineren Blutungen kommt die Blutung als solche für die Indicationsstellung in erster Linie gar nicht in Betracht, sondern hier liegt bloss die Indication der Geschwürsheilung vor.

4. Die therapeutischen Resultate der internen Behandlung des Magengeschwürs können erheblich verbessert werden, wenn man die übertriebene Scheu aufgibt, auch bei Magengeschwüren, da wo sie mit Stauung des Mageninhaltes combinirt sind, rechtzeitig, nicht erst, wenn es zu spät und gefährlich geworden ist, durch regelmäs-

sige therapeutische Anwendung der Magensonde die Stauung zu beseitigen. Die mechanische Beseitigung der Magenstauung ist der einzige scheinbare Rechtstitel der Gastroenterostomie für die Behandlung des Magengeschwürs an sich. Aber man kann durch eine richtige diätetische Behandlung, eventuell verbunden mit regelmässigen Sondenentleerungen des Magens, diese Indication sogar in vollkommenerer Weise erfüllen, als durch Gastroenterostomien.

5. Es ist nicht bewiesen, dass diejenigen Magengeschwüre ohne anatomische narbige oder adhäsive Pylorusstenose, welche durch innere Behandlung nicht heilbar sind, durch Ausführung der Gastroenterostomie heilbar werden, denn es handelt sich bei diesen unheilbaren Formen erstens um die ganz grossen, einen erheblichen Theil der Magenfläche einnehmenden, und zweitens um diejenigen Magengeschwüre, welche unter Bildung von Verwachsungen sich in Leber, Pankreas u. s. w. eingefressen haben. Beide Kategorien können aus naheliegenden Gründen nicht heilen, weil keine genügende Heranziehung der Schleimhaut möglich ist. Dass derartige ganz schlimme Formen des Magengeschwürs durch Gastroenterostomie heilen, ist nicht bewiesen und auch höchst unwahrscheinlich, weil die Operation die erwähnten physikalischen Bedingungen nicht verändert.

6. Die operative Behandlung des Magengeschwürs würde theoretisch anders zu beurtheilen sein, wenn statt der Gastroenterostomien Excision der Geschwüre als chirurgische Nachbehandlung empfohlen würde. Praktisch wird jedoch auch dies an der Sachlage nicht viel ändern, indem in den zuletzt erwähnten schlimmen Fällen die Operation meist unthunlich oder doch höchst gefährlich wäre, in den gewöhnlichen Fällen dagegen überflüssig ist.

7. Aufgabe der inneren Medicin ist es, das Zustandekommen von solchen schlimmen Formen des Magengeschwürs durch frühzeitige Einleitung einer rationellen Behandlung zu verhindern. Denn die überwältigende Mehrzahl der rechtzeitig und rationell behandelten Magengeschwüre lässt sich durch interne Massnahmen zur Heilung bringen. Zu dieser frühzeitigen Behandlung gehört, dass man sich nicht scheut, unter Umständen auch diagnostisch unklare Fälle, ohne immer eine sichere Diagnose abzuwarten, gewissermassen in prophylaktischer Absicht nach den strengen Regeln der Geschwürstherapie zu behandeln.

8. Von einer grossen Anzahl in der Literatur angeführter

Fälle, angeblich consequent intern behandelter Fälle von Magengeschwür, welche erst nach der Gastroenterostomie heilten, kann keineswegs zugegeben werden, dass die vorausgegangene interne Behandlung optimal, respective sachverständig und genügend war. Als nothwendige Componenten dieser sachverständigen und optimalen Behandlung, welche je nach dem Fall verschieden zu combiniren und zu variiren sind, betrachtet Vf. die unter Umständen lang fortgesetzte absolute Nahrungsentziehung, die lang fortgesetzte und sachverständig angeordnete exclusive Milchdiät, bei bestehender Magenstauung die Anwendung regelmässiger kunstgerechter Magenspülungen und in allen Fällen vor Allem die lange fortgesetzte Bettlage. Die Bedeutung der Milchdiät für die Geschwürstherapie und ihr Vorzug vor anderen diätetischen Verfahren liegt in einer ganz anderen Richtung als man gewöhnlich annimmt, nämlich in der durch die Kochsalzarmuth der Milch bedingten Chlorentziehung, durch welche die Säuresecretion des Magens nach einiger Zeit ausserordentlich stark vermindert und hiedurch indirect auch die Motilität des Magens gebessert wird. Thierversuche beweisen, dass man durch lang fortgesetzte Kochsalzentziehung den Magensaft anacid machen kann.

9. Die Perforation des Magengeschwürs ist womöglich operativ zu behandeln. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte, Nr. 12, 1902,)

Ueber Bismutose. Von Dr. Kurt Witthauer.

Bismutose, eine Eiweiss-Wismuthverbindung, stellt ein feines, weisses, geruch- und geschmackloses Pulver dar, welches 21% Wismuth enthält, in Wasser, verdünnten Säuren und Alkalien rasch und stark aufquillt und sich in Pepsinsalzsäuren, selbst nach mehrstündiger Einwirkung, fast nicht löst, also auch durch den Magensaft nicht zersetzt wird. Vf. hat zuerst das Mittel zur Behandlung des Ulcus ventriculi in neun Fällen angewandt und gab nach Analogie des Bismutum subnitricum zehn Tage lang täglich 15—20 g in Wasseraufschwemmung, die nie ungern genommen wurde. Er that dies in der Erwägung, dass es bei der mageren Kost der Ulcuskranken vortheilhaft wirken müsste, gleichzeitig eine gewisse Menge Eiweiss mit einzuführen, und 30—50 g Bismutose entsprechen nach Manasse 150—250 Calorien. Ferner ist bei dem meist hyperaciden Magensaft dieser Patienten die säurebindende Wirkung der Eiweiss-Wismuthverbindung nicht zu unterschätzen, und endlich hat Fleiner über einen Fall von Wismuthsteinbildung berichtet, ein Zufall, der bei der Bismutose auszuschliessen ist. Eigent-

liche Wismuthvergiftungen sind bei innerer Darreichung selten beobachtet und kommen häufiger nur bei längerer Behandlung von Wunden vor; jedenfalls ist die Bismutose in dieser Beziehung völlig harmlos und ungefährlich. Vf. gab den Ulcuskranken, zuweilen auch solchen mit hartnäckiger Hyperacidität des Mageninhaltes ohne Ulcusverdacht acht bis zehn Tage lang 15—20 g Bismutose. Die Patienten mussten sich gleich danach mit erhöhter Magengegend lagern, dann auf die rechte und später auf die linke Seite legen, damit möglichst die ganze Magenwand von dem Pulver bedeckt wird. Bei frischen Magenblutungen wird die Cur am dritten Tage begonnen, dann weitere drei Tage noch eisgekühlte Milch, später aber kleine Mengen alter Semmelkrume mit geschabtem Rindfleisch, rohem Schinken und ganz weicher Cervelatwurst. Das Präparat wurde, von geringen Störungen abgesehen, ausnahmslos gut vertragen und erzielte vollen Erfolg; auch bei einem 75jährigen Manne, bei dem Carcinomverdacht nahe lag, wurde das Bluterbrechen beseitigt und die Schmerzen verschwanden. Es schien, als ob der Ernährungszustand ein besserer blieb, als nach blosser Wismuthcur.

Weiterhin hat Vf. das Mittel ausgiebig bei Darmaffectionen in Anwendung gezogen, bei den echten Katarrhen hatte es fast immer den gewünschten Erfolg, bei Durchfällen aus anderer Ursache dagegen versagte es.

Per os wurde das Mittel zu Reisschleim oder Eiweisswasser in Emulsion gegeben, die man leicht herstellen kann, indem man erst langsam unter Umrühren zur Bismutose heisses Wasser zusetzt. Die Möglichkeit, eine Emulsion herzustellen, ist ein zweifelloser Vortheil vor dem Bismuthum subnitricum. Niemals hat Vf. irgend welche Schädlichkeiten bemerkt, und das Präparat scheint auch in grossen Dosen ganz ungefährlich zu sein; man darf nie versäumen, die Leute auf die eintretende Schwarzfärbung des Stuhlganges aufmerksam zu machen, weil sie sich sonst unnöthig darüber ängstigen. Einen Erfolg brachte das Mittel auch bei der Hyperacidität des Magensaftes ohne Ulcus, und Vf. hat an sich selbst erfahren, dass hier die 1·0 enthaltenden Bismutosecakes, zwei bis drei nach der Mahlzeit genossen, bei sehr angenehmem Geschmack recht gut wirkten. Auch für die länger dauernden, besonders in kurzen Zwischenräumen auftretenden Durchfälle kleiner Kinder ist diese Form eine angenehme und nützliche. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19, 1902.)

Das Problem der Hemiplegie. Von Doc. Dr. Rothmann.

Vf. fasst seine Anschauungen über die Hemiplegie in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die Hemiplegie des Menschen und ihre Folgezustände sind nicht durch den alleinigen Ausfall der Pyramidenbahn bedingt, zu dem vielmehr die Unterbrechung anderer cerebrospinaler Bahnen hinzutreten muss. 2. Bei der Ausschaltung der Extremitätenregion der Hirnrinde oder der totalen Zerstörung des hinteren Schenkels der inneren Kapsel ist die Hemiplegie die Folge des völligen Fortfalls der Leitung der motorischen Impulse von der Hirnrinde aus. 3. Die intact gebliebenen Vierhügel-Rückenmarksbahnen und ihre Verbindung mit dem Thalamus opticus sind nach diesem Fortfall der Hirnrindenleitung anfangs nicht im Stande, die motorische Function aufrecht zu erhalten und senden nur die Impulse zur Aufrechterhaltung der Sehnenreflexe zum Rückenmark. 4. Die nach mehreren Wochen einsetzende partielle Restitution der activen Bewegungen ist die Folge der allmälig sich entwickelnden selbständigen motorischen Function der Thalamus opticus-, resp. Vierhügelcentren und hat nichts mit einer Wiedergangbarmachung der Pyramidenbahn oder einer Ersatzfunction der Grosshirnrinde der anderen Seite zu thun. 5. Dass beim Menschen im Gegensatz zum Affen nur eine Restitution bestimmter Muskelgruppen bei fortdauernder Lähmung ihrer Antagonisten eintritt, und infolge davon Contracturen sich entwickeln, ist eine Folge der durch den aufrechten Gang des Menschen bedingten eigenthümlichen Vertheilung der Muskelinnervation an Arm und Bein. 6. Da es sich bei der Wiederkehr der Bewegungen nicht um eine Wiedergangbarmachung der vorher geschädigten Bahnen, sondern um eine Einübung neuer Bahnen handelt, so ist es eine therapeutische Indication, mit den Uebungen der gelähmten Glieder, und zwar vor Allem der sonst gelähmt bleibenden Muskelgruppen so bald als möglich nach Auftreten der Lähmung zu beginnen.

So lange man eine Restitution der hemiplegischen Lähmung nur für möglich hielt, wenn Pyramidenfasern der Zerstörung entgangen waren, hing Alles davon ab, dass der Heilungsprocess gut von statten ging. Irgend ein Einfluss auf die Wiederkehr der Bewegung war damit ausgeschlossen; fehlte die Pyramidenbahn vollständig, so war auch keine Restitution denkbar. Man liess daher die von einer Apoplexie betroffenen Kranken völlig ruhig liegen und begann erst mit Uebungen, Elektrisiren, Massage, wenn die

active Beweglichkeit in den gelähmten Gliedern sich wieder zeigte, zugleich aber Spasmen und bald auch Contracturen sich einstellten. Ganz anders stehen wir der Lähmung gegenüber, wenn wir der Ansicht sind, dass nicht die alten gewohnten Bahnen mit ihren Centren in der Grosshirnrinde die Bewegungsimpulse wieder leiten sollen, sondern dass die Vierhügelbahnen es neu lernen müssen, diese Leitung zu übernehmen. Alsdann kann man gar nicht früh genug beginnen, durch passive Bewegungen auf den centripetalen Wegen Erregungen zum Centralorgan, vor Allem dem Thalamus opticus zu senden und so die Gangbarmachung der Vierhügelrückenmarksbahnen für die Bewegungsimpulse so schnell als möglich anzuregen. Lässt man dabei nur den Kopf völlig in Ruhe, um den Erkrankungsherd im Gehirn nicht zu reizen, so kann man mit passiven Bewegungen der Extremitäten dem Patienten keinesfalls schaden. Da wir ferner wissen, dass bestimmte Muskelgruppen bereits von selbst die Restitution erlangen, während andere ohne äusseres Zuthun beinahe völlig gelähmt bleiben und dadurch zur Ausbildung der Contracturen in den wieder thätigen Antagonisten Veranlassung geben, so ist das Hauptaugenmerk darauf zu richten, diese schwächeren, normaler Weise bereits schlechter innervirten Muskelgruppen durch Massage, Galvanisation und Bewegungen in ihrer Restitution möglichst zu fördern unter Vernachlässigung der sich in der Regel von selbst restituirenden Muskelgruppen. Gegen die bald nach der Apoplexie in einzelnen Fällen auftretenden Reizcontracturen ist die Therapie machtlos. Auch in Fällen, in denen die Beugecontractur der Finger bereits im Entstehen war, hat Vf. nach regelmässigen, lange fortgesetzten Uebungen der Antagonisten Besserung der activen Bewegung und Schwinden der Contracturen beobachten können. Daneben gibt es allerdings Fälle, in denen die Therapie nur wenig nützt. Hat man endlich einen Fall von ausgeprägter Contractur in den der activen Bewegung wiedergewonnenen Muskelsynergien, in dem es nicht mehr gelingt, die Antagonisten durch Uebung in Thätigkeit zu versetzen, so bleibt als ultimum refugium die von Nicoladoni zuerst in die Therapie eingeführte Sehnentransplantation übrig, durch die es oft noch gelingen wird, den gelähmten Muskelgruppen Bewegungsimpulse zuzuführen, damit durch eine gewisse Herstellung des Antagonismus der einzelnen Muskelgruppen die Contracturen zu beseitigen und eine, wenn auch beschränkte Brauchbarkeit der betreffenden

Extremität zu erzielen. Allerdings werden die Resultate dieser Operationen um so schlechter sein, je älter die betreffenden Individuen sind, je mehr ihr ganzer Organismus bereits geschädigt ist, am besten dagegen bei ganz jungen Kindern. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18, 1902.)

Physikalische Therapie.

Ein Decennium Hydrotherapie. Von Dr. Simon Baruch.

Der Vf. bespricht in seinem in der Philadelphia County Medical Society am 8. Mai 1901 gehaltenen Vortrage die Heilwirkung des Wassers, als eines auf physiologischer Basis beruhenden Agens und erörtert, nachdem er die drei Potenzen, von denen die Wirkung des Wassers abhängt, 1. die Dauer, 2. die Temperatur und 3. den mechanischen Reiz der Application, kurz erläutert, im Speciellen die Proceduren, die sich, nach seinen praktischen Erfahrungen bei den verschiedensten Krankheiten, wohl am besten bewährt haben. Bei acuten, fieberhaften Erkrankungen hat Vf. mit kühlen Bädern immer gute Resultate erzielt, indem dieselben eine tonische Erweiterung der Hautgefässe bewirken, wodurch die Arbeit des Herzens, dessen Arbeitsfähigkeit bei Fieberkranken ja zumeist bedroht ist, erleichtert und die Circulationsverhältnisse wesentlich gebessert werden. Neben den Bädern verordnet B. noch Abreibungen, kurze kalte Waschungen etc. — Bei chronischen Krankheiten hält Vf. das kalte Wasser als das beste Mittel zur Bildung des Hämoglobins sowohl, als auch zur Hebung der Widerstandsfähigkeit der Kranken. In vielen Fällen von L u n g e n p h t h i s e hat Vf., nachdem jede andere Behandlung als nutzlos aufgegeben worden, durch Application von Wasser noch sehr befriedigende Resultate erzielt. Angewendet wurden kalte Waschungen, Abreibungen, Einpackungen oder Heissluftbäder mit nachfolgenden Abreibungen oder Douchen. Ein besonders dankbares Feld für die Hydrotherapie ist die N e u r a s t h e n i e. In fast allen Fällen findet man herabgesetzten Tonus der Nerven und Gefässe, einhergehend mit Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Agrypnie etc. Hier hält Vf. als die zweckmässigsten Proceduren die trockenen Einpackungen für eine Stunde mit nachfolgenden Abreibungen. Er beginnt mit Wasser von 30° C. und setzt die Temperatur täglich um einen oder mehrere Grade herab, bis er bei 15° C. anlangt.

Dann kommen in Anwendung Uebergiessungen des in 38° Wasser stehenden Patienten mit Wasser von 28° C., das täglich langsam um einige Grade bis auf 15° C. erniedrigt wird. Ist dann die Reactionsfähigkeit der Patienten eine gute, dann kommt systematisch die Anwendung der Doucheeur. Als praktischen Fall führt Vf. eine Frau an, die nach einer gynäkologischen Operation, trotzdem dieselbe sie von ihrem Leiden befreite, in ihrem Gesundheitszustande immer mehr herabkam und bei der er „Uterophobie" diagnosticirte, da die Patientin, trotzdem keine Indication vorlag, nur von der Entfernung des Uterus Heilung erhoffte. Die Frau konnte nur mit Mühe in die Anstalt gebracht werden und wurde von ihrem Manne und Bruder ins Zimmer getragen. Durch successives Trainiren vertrug die Patientin allmählich kalte Abwaschungen, Uebergiessungen, Halbbäder und schliesslich systematische Douchen, und wurde nach sechsmonatlicher Behandlung gesund entlassen. Um die beim Diabetes mellitus herabgesetzte Fähigkeit der Leber und der Muskel, den Zucker zu assimiliren, zu heben, hat B., gestützt auf die physiologischen Untersuchungen von Frerichs und Bouchardat, die bewiesen, dass Muskelthätigkeit die glykogene Function der Muskeln fördert, das Wasser mit grossem Erfolge angewendet. Er fand, dass durch die Douche die Nervenkraft gesteigert, die Ernährung und Blutversorgung der Muskeln erhöht und somit ihre Leistungsfähigkeit gehoben wird, derart, dass er in vielen Fällen von dem strengen Einhalten der Diätregeln absehen konnte. Eine 65jährige Patientin mit 6% Zucker wog 104 kg und war zu jeder Körperbewegung vollkommen unfähig, da bei der geringsten Bewegung heftige Dyspnöe eintrat, B. behandelte sie mit Heissluftbädern und darauffolgender Douche von 32° C., dann mit trockenen Einpackungen von $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden mit folgender Abreibung, Halbbädern von 30°, denen Strahldouchen von 15° folgten. Die Energie der Patientin und ihre Fähigkeit, Bewegungen zu machen, nahmen immer mehr zu, so dass die Patientin nach dreimonatlicher Behandlung 6·5 km täglich gehen konnte. Der Zuckergehalt, der vor Beginn der Cur bei strenger Diät um kaum $^1/_2$% in einem Monate abnahm, fiel bei gleicher Diät stetig und war Patientin nach acht Monaten zuckerfrei. Gleich günstige Erfolge erzielte B. bei nervöser Dyspepsie und Hysterie mit der Wasserbehandlung. Hier haben sich namentlich kalte Regenbäder, Fächer- und Strahldouchen vorzüglich bewährt. Bei Neuralgien, Muskel-

rheumatismen, Neuritiden haben die heissen Applicationen in verschiedenster Form mit folgenden kalten Douchen immer gute Dienste geleistet. Bei Asthma bronchiale wendet Vf. Uebergiessungen mit 25° C. Wasser langsam abgekühlt auf 8° C. an, während Patient im Wannenbade von 38° C. sitzt. Die gleichen Erfolge hatte B. bei gichtischen und lithämischen Zuständen von der Wasserapplication — Douchen unter einem Drucke von 9—13·5 kg, systematisches Trinken von Eiswasser — zu verzeichnen. — (Bl. f. klin. Hydrother. Nr. 5, 1902.) B.

Ueber die Wirkung der Kälte auf einige Körpergewebe. Von Dr. Zoege v. Manteuffel.

In der Aetiologie der Arteriosklerose spielen Temperatureinflüsse bekanntlich eine grosse Rolle. Das eclatanteste Beispiel dieser Art bilden die Erfrierungen. Der grösste Theil derselben verfällt erst Wochen oder Monate, ja erst Jahre nach Einwirkung der Schädlichkeit der Gangrän. Diese Beobachtung lässt annehmen, dass zuerst Gefässveränderungen, Gefässverschluss eintrete, dessen Folge erst die Gangrän ist. Vf. hat auf Grund dieser Erfahrungen Arteriosklerose experimentell erzeugt und dabei die durch Arteriosklerose gesetzten Ernährungsstörungen untersucht. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 2—4, 1902.) B.

Heilwässer und Heilwasser-Trinkstätten. Von Dr. W. Jaworski.

Bisher konnte die naturwissenschaftliche Forschung specifische Eigenschaften der natürlichen Mineralwässer gegenüber den künstlichen Lösungen nicht nachweisen. Ja, die Experimente sprechen sogar für die Identität ihrer Wirkung auf den Organismus. Die therapeutischen Erfolge der Mineralwässer, welche als Rohproducte eine ganz irrationelle, zufällige Zusammensetzung haben, sind gering. Will man eine Wirkung auf den Organismus erreichen, so ist es rationeller, künstliche Salzlösungen in der, pathologischen Zuständen angepassten, Zusammensetzung zu verwenden. Die Herstellung solcher Lösungen, für die die jeweiligen pathologischen Verhältnisse massgebend sein müssten, wäre am besten in besonderen Anstalten, Heilwasser-Trinkstätten, ausführbar, welche in geeigneten klimatischen Curorten und Sommerfrischen zu errichten wären. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 7, 1902.) B.

Chirurgie.

Ueber den Verlauf des Magencarcinoms bei operativer und nicht operativer Behandlung. Eine Bilanzrechnung. Von Prof. Krönlein.

Von dem Glauben an die Nützlichkeit der Operation des Magencarcinoms sind heute lange nicht alle Aerzte durchdrungen, und auch im chirurgischen Lager findet sich Mancher, der der Operation sehr skeptisch gegenübersteht. So kommt es, dass die Aerzte den sich an sie vertrauensvoll wendenden Patienten die Operation nicht so oft und namentlich nicht so frühzeitig empfehlen, als es im Interesse der Dauerheilung liegen würde.

Um die Aerzte von den Aussichten der operativen Behandlung des Magencarcinoms zu unterrichten, theilt Vf. die Resultate der Nachuntersuchung aller seit 20 Jahren an der Klinik in Behandlung gestandenen Patienten, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob sie operirt wurden oder nicht, mit. Vf. versuchte durch genaue Erkundigungen eine Lebensstatistik für das Magencarcinom zu schaffen und eine Bilanz zu ziehen zwischen der Krankheitsdauer bei nicht operirten und operirten Magencarcinomfällen.

Aus der Nachuntersuchung von 251 Fällen zieht Vf. folgende Schlussfolgerungen:

1. dass das Magencarcinom ohne Operation durchschnittlich nach circa einem Jahre zum Tode führt; 2. dass die Gastroenterotomie das Leben des Carcinomkranken durchschnittlich um drei Monate, und 3. dass die Gastrektomie, sofern sie von Recidiv gefolgert wird, das Leben durchschnittlich um 14 Monate verlängert.

Ausserdem fand Vf. bei der Nachuntersuchung der Gastrektomirten noch 13 Patienten am Leben, darunter einen im achten Jahre nach der Operation, einen im vierten Jahre, zwei im dritten Jahre u. s. w., und es ist zu hoffen, dass ein Theil dieser Patienten dauernd gesund bleibt.

Da also die operative Behandlung des Magencarcinoms das Leben verlängert und bei frühzeitiger Operation auch Aussichten auf Dauerheilung bietet, weiters das subjective Befinden der Patienten nach der Gastrektomie und Gastroenterotomie ein bedeutend besseres wird, die Patienten zu frischem Lebensmuth erwachen, an Körpergewicht zunehmen, andererseits aber die Gefahren der nicht complicirten Fälle nicht gross sind, räth Vf. dringend die operative Behandlung an.

Wenn die praktischen Aerzte und die Internisten, die den Vermittler zwischen Patienten und Operateur darstellen, von der Nützlichkeit der Operation einmal überzeugt sein werden, wird eine weitere Besserung der Statistik dadurch zustande kommen, dass die Patienten sofort nach gestellter Diagnose dem Chirurgen übergeben werden, und bei den nicht weit vorgeschrittenen Fällen die Mortalität abnehmen und andererseits die Dauerheilungen zunehmen werden. — (Langenb. Arch., Bd. 67, H. 3.)

Ueber die Decortication der Lunge bei chronischem Empyem. Von Dr. Kurpjurreit.

Unter Decortication der Lunge versteht man die Abtragung der die Lunge in Fällen von chronischem Empyem bedeckenden Schwarten zum Zwecke, um die Lunge wieder functionsfähig zu machen. Die Lunge behält nämlich noch lange Zeit unter den Schwarten ihre Ausdehnungsfähigkeit. Die Operation selbst wird als nicht besonders schwer beschrieben: Nach breiter Blosslegung der Höhle wird die Schwarte incidirt, bis das bläuliche Lungengewebe durchschimmert. Wenn man jetzt mit einer Sonde oder mit dem Finger in den sich bildenden Spalt eingeht, gelingt es manchmal sogar leicht, die Schwarte stumpf abzulösen. Wenn das Lungengewebe einreisst, muss es zur Verhütung eines lange anhaltenden Pneumothorax wieder zusammengenäht werden.

Die von Delorme angegebene Operation wurde mit einigen Modificationen in 5 Fällen von Prof. Garré ausgeführt.

Die Zusammenstellung der Fälle aus der Literatur zeigt zwar, dass die Resultate keinen Vergleich aushalten können mit den Operationsresultaten anderer Methoden, z. B. der ausgedehnten Thoraxresection, dennoch aber spricht Vf. dieser Methode nicht jeden Vorzug ab. Während die Rippenresection nur die Schrumpfung des Thorax ermöglicht, macht die Decortication die Lunge wieder actionsfähig. Wenn man nun berücksichtigt, dass die Kranken im Falle der Heilung mittels Rippenresection die Lunge als faustgrossen, der Wirbelsäule anliegenden, nicht functionirenden Körpertheil behalten, während nach der Decortication die Lunge, wenn auch durch die gebildeten Adhäsionen ein wenig gehindert, dennoch genügend mitathmen kann, wird man erst den Vortheil der Decortication erfassen.

Besonders interessant ist der von Tavel veröffentlichte Fall, ein elfjähriges Kind betreffend, bei welchem ein Empyem vermittels Decortication der Lunge geheilt wurde; acht Monate darauf

erkrankte das Kind an einer Pneumonie der anderen Seite und genas, da die ursprünglich comprimirt gewesene Lunge ausgezeichnet athmete. — (Bruns' Beitr. z. klin. Chir., Bd. 33, H. 3.)

Ein Beitrag zur Kenntniss der Beziehungen der acuten Miliartuberculose zur Operation tuberculöser Lymphomata colli. Von Dr. H. Wittmer.

Vf. theilt drei Fälle von acuter Miliartuberculose, die im Anschlusse an Exstirpation und Excochleation von tuberculösen Halslymphdrüsen entstanden sind, mit. Die Krankheit schloss sich unmittelbar an die Operation an und führte in kurzer Zeit zum Tode. Nach Ansicht des Vfs. ist die Infection nicht auf dem Wege der Blutbahn, sondern durch die Lymphwege erfolgt, und diese Gefahr ist dort besonders gross, wo es sich um Operationen im unteren Halsdreieck handelt, in dem Winkel zwischen der Vena anonyma, der Vena jugularis und Vena subclavia, wo die betreffenden Drüsenpakete der Vereinigungsstelle der drei grossen Lymphgefässe, sowie ihrer Einmündungsstelle in die oben bezeichneten Venen aufliegen.

Trotz dieses Nachtheiles bleibt aber die Exstirpation der Drüsen die wirksamste und empfehlenswertheste Behandlungsweise der Lymphomata colli, da sie über 50% Dauerheilungen aufzuweisen hat und auch für die Verhütung der Lungentuberculose von Bedeutung ist. (In 80% der Phthisen hat die Operation auf den Lungenprocess günstig eingewirkt.)

Hingegen erscheint es dem Vf. angezeigt, den kranken Körper mit einer prophylaktischen, antituberculösen Behandlung besonders darauf vorzubereiten, dass er dem mehr oder minder sicher zu erwartenden Eindringen einzelner tuberculöser Theilchen gerüstet begegnen kann. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 33, H. 3.)

Anästhesin in der Wundbehandlung. Von Dr. Lengemann.

Vf. hat auf der Klinik v. Mikulicz die Wirkung des Anästhesins (Para-Amidobenzoesäure-Ester) bei äusserer Application geprüft und ist zu folgenden Ergebnissen gelangt: Es schadet vor Allem den Granulationen gar nicht, und reizt auch nicht die Umgebung; in den in Betracht kommenden Dosen scheint es auch nicht giftig zu wirken. Das Präparat hat sich als locales Anästheticum sehr gut bewährt: es wurde auf granulirende Stellen, die mit dem Lapisstift touchirt werden sollten, einige Minuten zuvor in Pulverform aufgetragen und bewirkte, dass sogar sehr empfindliche Patienten das Touchiren sehr gut vertrugen, zum Theil sogar

ein Gefühl von wohlthuender Kühle hatten. Ferner wurden Granulationsflächen, die auch ohne Touchirung Schmerzen machten, z. B. nach Verbrennungen, mit dem Pulver bestreut und dann das gewöhnliche Verbandmaterial (1%ige Lapissalbe) aufgelegt. Der Erfolg war ausgesprochen; der Schmerz hörte ganz auf oder wurde wenigstens sehr gemildert.

In einigen wenigen Fällen war der Erfolg beim Touchiren nicht deutlich. Hier war die Regel nicht beobachtet worden, dem Mittel einige Minuten Zeit zur Einwirkung zu geben. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 22, 1902.)

Ueber Verwendung von Magnesium zur Behandlung von Blutgefässerkrankungen. Von Doc. Dr. Payr.

Gelegentlich eines Falles von Tumor cavernuosus am Kinn bei einem kleinen Mädchen machte Nicoladoni den Vorschlag, das Magnesiummetall zur Verödung der Blutgefässgeschwulst zu benutzen. Die Idee wurde vom Vf. in folgender Weise ausgeführt: Von einem Tenotomschnitt wurden sieben Pfeile aus Magnesiumblech (14—18 mm lang, 2 mm breit) in die Geschwulst eingeführt und nach allen Richtungen in der Geschwulst vertheilt. Die kleine Wunde wurde mittels Naht geschlossen; darüber Collodiumverband. Am Tage nach der Operation konnte man im Tumor ein deutliches Knistern, herrührend von der Entwicklung von Wasserstoff, constatiren, und schon nach acht Tagen konnte man ein Derberwerden des Tumors bemerken, der schliesslich ohne jede Spur (wahrscheinlich infolge der im Tumor entstandenen Gerinnungen) verschwand. Die Nachuntersuchung der Patientin, ein Jahr nach der Behandlung, ergab absolut keine Veränderung in Form, Consistenz und Farbe an der Kinngegend; die Geschwulst war dauernd verschwunden.

Das Verfahren, das Vf. für diejenigen Fälle von cavernösen Tumoren, die wegen ihrer Ausdehnung nicht radical operirt werden können, vorschlägt, hat vor anderen Methoden (Elektropunctur, Einspritzen von Wasserstoffsuperoxyd) den Vortheil, vollständig ungefährlich zu sein und keine Narben zu hinterlassen.

Auch in einem zweiten Falle von einem kleineren Angiom gelang es, die Heilung nach Einführung eines einzigen Magnesiumblechpfeiles herbeizuführen. Absolute Asepsis ist Grundbedingung für das Gelingen der Operation. — (Deutsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 63, H. 5 u. 6.)

Ueber Sehnentransplantationen und Plastiken. Von Dr. Bülow-Hansen.

Die im Jahre 1882 von Nicoladoni vorgeschlagene und zum ersten Male auch ausgeführte Sehnentransplantation war von grösster Bedeutung für die Behandlung von Lähmungen und Contracturen. Es handelte sich damals um einen Pes calcaneus, wo beide M. peronei auf die Achillessehne transplantirt wurden. Seit dieser Zeit wurde diese Operationsmethode von verschiedenen Operateuren vielfach geübt. Auch Vf. hat in 14 Fällen von Paresen und Paralysen an der oberen und unteren Extremität von der Sehnentransplantation ausgiebigen Gebrauch gemacht und schöne Resultate erzielt: Die Blutcirculation wurde in den paretischen Extremitäten eine bessere, es kam gleichsam neues Leben in den betreffenden Körpertheil, die eine Reihe von Jahren angewendeten Bandagen konnten bei Seite gelegt werden und wurden bei der unteren Extremität durch einen gewöhnlichen Stiefel ersetzt.

Ohne auf die Operationstechnik näher einzugehen, wollen wir nur bemerken, dass Vf. vor einer zu frühen Operation abräth, weil bei der gewöhnlichen Behandlung noch nach Monaten die Lähmungen besser werden können; anderseits darf in Fällen, wo grössere Deformitäten bestehen, mit der Operation nicht zu lange gewartet werden. Der Operation muss eine längere Beobachtung vorausgehen, um sich genau über die gelähmten Muskeln orientiren und einen guten Operationsplan entwerfen zu können. Soll das Ergebniss ein gutes werden, dann darf die Nachbehandlung, speciell Massage und Widerstandsbewegungen, nicht verabsäumt werden. — (Nord. Medic. Arkiv, Bd. 34, H. 4.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Frage der Radicaloperation beim Uteruskrebs. Von Prof. Wertheim.

Vf. führt eine Serie von 29 Fällen vor, bei welchen die abdominale Radicaloperation vorgenommen wurde. Die Krankengeschichten enthalten einen genauen pathologisch-anatomischen, sowie mikroskopischen Befund des primären Krebsherdes und der exstirpirten Drüsen, wodurch Vf. der bisher unaufgeklärten Frage über den Zeitpunkt des Ergriffenwerdens der regionären Drüsen näher treten konnte. Es zeigte sich bei der mikroskopischen

Untersuchung, dass von den oben angeführten 29 Fällen in 11 Fällen die regionären Drüsen carcinomatös verändert waren. Weiters wurde constatirt, dass unter den 29 Fällen 27 Collumcarcinome waren, bei welch letzteren in zehn Fällen die regionären Lymphdrüsen bereits sich ergriffen zeigten. Fünf Fälle waren bereits sehr weit vorgeschritten und bei diesen sämmtlich die Drüsen inficirt. Mithin entspricht dies bei den restlichen 22 Fällen mit fünf Fällen von Drüsenerkrankungen 22%. Sehr bemerkenswerth war weiter, dass unter den letzt angeführten fünf Fällen von Drüsenaffection sich zwei Fälle befanden, in denen der primäre Krankheitsherd sich noch ganz im Beginne befand. Anderseits zeigte sich bei sehr weit vorgeschrittenem Uteruscarcinom keine Drüsenaffection. Die Drüsenbefunde zeigten überhaupt eine grosse Inconstanz, was übrigens schon bekannt war. So konnten einzelne Drüsen erst durch das Mikroskop als carcinomatös erkannt werden. Manche wurden bei der Operation erst gefunden, wenn das Peritoneum über den grossen Gefässen gespalten und letztere von der Umgebung mehr oder weniger isolirt wurden. Ganz überraschend waren jene Befunde, wo bei vollkommen weichen und dehnbaren Parametrien carcinomatös infiltrirte Drüsen vorgefunden wurden, während anderseits bei stark infiltrirten Parametrien die entsprechenden regionären Lymphdrüsen sich als nicht ergriffen zeigten. Sehr wichtig war weiter der Befund, dass solche infiltrirte Parametrien, in Serienschnitte zerlegt und mikroskopisch genauest durchgeprüft, sich frei von Carcinom zeigten, während umgekehrt in Parametrien, die mikroskopisch scheinbar normale Beschaffenheit zeigten, Krebsnester sich vorfanden, so dass sich für die Frage des Vordringens der Krankheit keinerlei stricte Anhaltspunkte ergaben und somit zumindest vom theoretischen Standpunkte die Forderung gerechtfertigt erschiene, in jedem Falle von Uteruscarcinom die regionären Lymphdrüsen und Parametrien zu entfernen. Von den 29 Fällen gingen 11 Fälle mit dem Tode ab und ist jedenfalls begründete Hoffnung vorhanden, dass mit der Vervollkommnung des Verfahrens und der Technik auch die Mortalität einen geringeren Procentsatz wird aufweisen können. Während die ersten Operationen 2—3 Stunden dauerten, wurden die letzten innerhalb $1^1/_4$—$1^1/_2$ Stunden beendet. Allerdings muss man immer auf die schwierigsten Situationen gefasst sein, da besonders die Ausschälung der Drüsen sich sehr schwierig gestalten kann, wenn Verwachsungen mit den Gefässscheiden vor-

handen sind. In die Operation selbst hat W. ein Schema gebracht und beginnt er mit dem Herauspräpariren des Uterus. Dann werden die Ligamente abgebunden und durchtrennt, hierauf die Blase abgeschoben. Die Uterina wird an dem Kreuzungspunkte mit dem Ureter isolirt und unterbunden, die Vagina in ihrem oberen Drittel abgeklemmt. Auf weitere Details der Operation, sowie etwaige Complicationen näher einzugehen, ist hier nicht der Platz und verweise ich auf das Original. Wenn auch die Augenblickserfolge obiger Serie nicht so gute waren, wie sie es auf vaginalem Wege sicherlich gewesen wären, so fühlt sich Vf. doch nicht veranlasst, den einmal betretenen Weg zu verlassen, obzwar ja auch über die Dauerresultate vorderhand nichts Bestimmtes zu sagen ist. Das Eine steht jedoch fest, dass die localen Befunde bei Uteruskrebs nicht mehr massgebend sein können für die Indicationsstellung der therapeutischen Massnahmen und dieselben ihre ausschlaggebende Bedeutung vollständig verloren haben. Vielmehr wird die Beschaffenheit des Herzens und des allgemeinen Kräftezustandes von Ausschlag sein für das weitere Vorgehen. Hat man es mit stark herabgekommenen Personen zu thun, so wird man unter allen Umständen von der radicalen abdominalen Totalexstirpation absehen müssen. Die endgiltige Entscheidung über diese Operation, die übrigens schon von Anderen lange vor W. versucht und wegen der ungünstigen Resultate wieder verlassen wurde, muss den nächsten Jahren überlassen bleiben. — (Arch. f. Gynäkol., Bd. 61, Nr. 3.) Königstein.

Die Behandlung der weiblichen Gonorrhöe. Von Doc. Dr. Rud. Savor.

Vf. erachtet es für die erste Aufgabe der Therapie, die eingedrungenen Gonokokken unter Schonung der Gewebe zu tödten und die durch dieselben bedingten Störungen zur Norm zurückzuführen. Im acuten Stadium der Gonorrhoea urethrae empfiehlt Vf. desinficirende Spülungen mit $^1/_2$—1‰iger Sublimatlösung oder 1%iger Lysoformlösung, welches den Vorzug geringer Reizwirkung und diese Concentration überdies keinen aufdringlichen Geruch besitzt. Im subacuten Stadium ist analog vorzugehen, wie bei der Urethritis gonorrhoica subacuta des Mannes. 4—6 mal täglich Einspritzung einer desinficirenden wässerigen Lösung von 2% Alumnol, $1^1/_2$% Argonin, $^1/_4$—1% Protargol in steigender Concentration. Letzteres Präparat eignet sich ganz besonders wegen seiner eminenten bactericiden Wirkung einerseits und seiner Reiz-

losigkeit auch in stärkeren Lösungen. Man verwendet zu diesen Einspritzungen die gewöhnliche männliche Tripperspritze, die 15 cm^3 fasst. Der olivenförmige Ansatz wird auf die Harnröhrenmündung angesetzt und der Inhalt der Spritze in drei Portionen entleert. Zur Harnröhrenblasenspülung wird Protargol in 1%iger körperwarmer Lösung verwendet, von der 250 cm^3 eingespritzt werden. Die Blase ist langsam auf mehrere Male zu füllen und wieder zu entleeren. Die Wirkung dieser prolongirten Füllung ist eine sehr heilkräftige. Wenn keine Complication vorhanden ist, genügen 10—14 Applicationen, um die Gonorrhöe zum Verschwinden zu bringen. Das Uebergreifen auf die Blase ist nicht häufig. Im subacuten und chronischen Stadium ist die gewöhnliche Therapie des Blasenkatarrhs in Anwendung zu ziehen, so Ausspülungen mit Silberpräparaten, besonders Protargol. Im chronischen Stadium der Urethritis gelangen zur Verwendung Stäbchen aus Jodoform (10—20%), Tannin 5%, Protargol 10—20%, welch letztere trotz des hohen Procentgehaltes an Protargol minimale Reizwirkung entfalten. In sehr hartnäckigen Fällen ist zum Lapis, 1—2%, zu greifen, jedoch muss man auf eine starke Reaction gefasst sein. Bei gonorrhöischer Vulvitis der kleinen Mädchen empfiehlt Vf. Waschungen der Vulva und Spülungen der Scheide mit $^1/_2$ ‰ iger Sublimat- oder $^1/_4$%iger Protargollösung. Nach der Spülung Einlegen eines dünnen Stäbchens mit 5% Tannin oder 10% Jodoform. Wenn die profuse Eiterung nachlässt, $^1/_4$—1% Argentum nitricum, 1% Argentamin, 1—5% Protargol. Im subcutanen Stadium der Kolpitis Chlorzink 1 Esslöffel einer 50%igen Lösung auf 1 l warmes Wasser, ferner Eingiessen von rohem Holzessig in die Vagina. Bepinseln mit 5—10%iger Lapislösung. Einlagen von Tampons, die mit 5% Jodkaliumglycerin oder 5—10% Ichthyolglycerin oder 10% Protargolglycerin getränkt sind. Die Heilung lässt nicht lange auf sich warten. Bei Cervixkatarrh ist 5% Protargol, 1% Argentamin, $^1/_2$% Argentum nitricum oder Jodtinctur in Anwendung zu ziehen. Im protrahirten Stadium der Uterusgonorrhöe empfiehlt Vf. an erster Stelle das Protargol. Die Uterushöhle wird vorerst ausgewischt, dann eine mit Watte armirte Playfair'sche Sonde oder ein an einem Sänger'schen Stäbchen befestigter, in 10%ige Protargollösung getauchter Wattebausch in die Uterushöhle gebracht, wobei darauf zu sehen ist, dass die gesammte Fläche des Endometriums mit dem Medicamente in innige

Berührungkommt. Die Watte muss daher mit der Protargollösung gut durchtränkt sein und mindestens 10 Minuten im Uteruscavum liegen gelassen werden. Man thut gut, daraufhin zur Ruhigstellung des Uterus und der Adnexe einen in 10%iges Ichthyolglycerin getränkten Tampon in die Scheide einzulegen und letztere überdies noch gut auszutamponiren. Man weist die Patientin an, am Morgen des nächstfolgenden Tages die Tampons selbst zu entfernen und bis zur nächsten Behandlung zweimal täglich eine desinficirende Scheidenspülung von körperwarmer Temperatur vorzunehmen. In hartnäckigen Fällen muss energisch vorgegangen werden. Hiezu eignet sich am besten Jodtinctur, welche mit der Hoffmann'schen Spritze in die Uterushöhle injicirt wird. Es geschieht dies am besten, indem man das Ansatzstück der Spritze mit Watte umwickelt und so armirt in die vorher gründlich vom Secret gereinigte Uterushöhle bringt, worauf dann der Inhalt der Spritze entleert, die Watte damit getränkt wird und so ein inniger Contact zwischen Medicament und Endometrium hergestellt wird. Nach 2—3maliger Application von Jod kann man wieder zum Protargol zurückgreifen. In Fällen, wo bereits die Uteruswandung verdickt ist, empfiehlt Vf. Tamponade des Uterus mit Jodoform, Xeroform, Airol und Dermatolgaze. Man kann auch sterile Gaze, welche medicamentös getränkt wird, so mit Alaun, Borsäure, Tannin, Protargol, in Verwendung ziehen. Bei ganz alten Fällen von Uterusgonorrhöe sind starke Aetzmittel, wie Lapisstift, 50% Chlorzink in Anwendung zu ziehen. Auch das Einführen und Liegenlassen von medicamentösen Stäbchen, wobei man eventuell auf Uteruskoliken gefasst sein muss. Auch bei der Gonorrhöe des Rectums empfiehlt sich Protargol. Nach vorausgegangener Reinigung des Darmes durch ein warmes Klysma sind täglich 2—3mal 50 cm^3 einer wässerigen 1—5%igen Protargollösung zu injiciren und die Injectionsflüssigkeit einige Zeit im Mastdarme zurückzuhalten. — (Heilkunde Nr. 3 u. 4, 1902.) Königstein.

Retention eines abgestorbenen Fötus in der Uterushöhle. Von Fr. Landurvi.

Vf. berichtet über eine 31jährige Frau, bei welcher die anamnestischen Daten ergaben, dass sie sich im sechsten Monat der Gravidität befand, als sich Wehen und starke Blutungen einstellten. Von der Frucht selbst war nichts im abgehenden Blute gefunden worden. Die Blutungen sistirten, die Frucht starb jedenfalls ab, denn sie blieb zwei ganze Jahre in der Gebärmutter

zurück. Während dieser Zeit traten zu wiederholten Malen heftige Attaquen von Seite des Unterleibes auf, die sich in starken Schmerzen mit Temperaturerhöhungen äusserten. Das Abdomen war meteoristisch, es stellten sich profuse Diarrhöen, sowie starker Ausfluss aus dem Genitale ein. Schliesslich kam es zu Abgang von Blut und kleinen Knochen aus dem After, bedingt durch eine Gebärmutter-Mastdarmfistel. Dem Vf. gelang es nur mit grosser Mühe nach genauester Untersuchung, gestützt auf obige ausführliche Anamnese, sowie den objectiven Befund (Vergrösserung des Uterus, entsprechend dem dritten Monate der Gravidität, peri- und parametrische Entzündungsproducte, durch welche der Uterus besonders nach hinten gegen das Rectum fixirt war, Gefühl der Crepitation über dem Uterus für die Hand des Untersuchers) die richtige Diagnose zu stellen, was umso schwerer war, da eine digitale Austastung des Uteruscavums unmöglich war. da der Cervicalcanal infolge vorausgegangener starker Aetzung obliterirt war. Nach Spaltung des Cervicalcanals in seiner ganzen Länge gelang es, in das Uteruscavum vorzudringen, worauf Vf. unter grossen Schwierigkeiten die fast vollzähligen, ganz entfleischten und in die Uteruswandung festgebohrten Knochen einer sechsmonatlichen Frucht extrahirte. Die Gebärmutter-Mastdarmfistel schloss sich von selbst und war Patientin in kürzester Zeit ganz hergestellt. — (Verhandl. d. ital. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.)

Königstein.

Augenheilkunde.

1. Experimentelle Untersuchungen über Abrin-(Jequiritol-) Immunität als Grundlage einer rationellen Jequirity-Immunität. Von Dr. P. Römer.

2. Jequirity und Jequiritolserum.

Die Jequiritybohne ist der Samen des Abrus praecatorius (Paternostererbse) aus der Familie der Papilionaceen. Im Jahre 1882 haben nun de Wecker, v. Hippel u. A. ein Jequirityinfus als ausgezeichnetes Heilmittel speciell gegen Trachom empfohlen, und zwar wurde das Jequirityinfus entweder in den Conjunctivalsack eingeträufelt, oder aber es wurde ein damit getränkter Pinsel, resp. Wattebauschen, auf die Conjunctiva palpebrarum applicirt. Die Folge davon war die sogenannte Jequirityophthalmie — eine heftige croupös eitrige Entzündung der Bindehaut, die zur Aufhellung

des Pannus trachomatosus und Besserung des Trachoms führen konnte — andererseits aber war die Behandlungsmethode ein zweischneidiges Schwert, da sich die Wirksamkeit und daher auch die Folgezustände der Jequiritytherapie absolut nicht dosiren liessen. In seiner gegen vorliegende Arbeit von Römer gebrachten Publication (Die Einführung des Jequirity in die ophthalmologische Therapie von L. de Wecker, v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie, LII, 3) meint zwar de Wecker, dass die von ihm eingeführte Jequirity „durch wechselnde Stärke der Infusion und wechselnde Zahl der Waschungen" dosirt hat werden können; Thatsache ist es jedoch, dass man von der Anwendung sowohl des Jequirityinfuses als auch des wirksamen Bestandtheiles der Jequirity — des Abrins, welch letzteres sich leicht zersetzt und daher an Wirksamkeit verliert — in den letzten Jahren fast vollständig abgekommen ist, da die Gefahren der bisherigen Jequiritytherapie den eventuell zu erzielenden Erfolgen gegenüber ganz unverhältnissmässig gross waren.

Ehrlich hat durch Experimente am Thiere nachgewiesen, dass durch fortgesetzt steigende Gaben von Abrin die Thiere unter Bildung eines specifischen Antitoxins gegen das Abrin immun werden und dass das Blutserum solcher Thiere die Wirkung des Abrins im Thierkörper aufzuheben vermag. Das Abrin ist eine Toxalbumose, es verliert mit der Zeit an Giftwerth und seine Lösungen halten sich schlecht. In neuester Zeit ist es nun der Firma E. Merck gelungen, ein neues Jequiritypräparat darzustellen — das Jequiritol. Es wird in eine sterile Lösung gebracht, mit 50% Glycerin versetzt, und auf einen bestimmten, stets gleichbleibenden physiologischen Wirkungswerth eingestellt, so dass eine genaue Dosirung und somit eine gefahrlose Anwendung in der Praxis ermöglicht ist. Es wird das Jequiritol in vier verschieden starken Lösungen dargestellt.

Dr. Römer hat nun gefunden, dass man ohne Gefahr für die Sehschärfe und die Gesundheit des thierischen Organismus durch Einträufelung steigender Jequiritoldosen in das Auge von Thieren, eine Reihe von künstlichen Entzündungen herbeiführen kann, und dass es bei dieser conjunctivalen Anwendung des Jequiritols im Blute der Thiere zur Bildung eines specifischen Antitoxins kommt, und können die Thiere zuletzt am Auge ganz enorme Jequiritoldosen vertragen.

Das Blutserum solcher Thiere, die durch Jequiritoleinträufelungen immun gemacht worden sind, kommt nun in therapeutische Verwendung als Jequiritolserum, also als ein nach Behring'schem Princip hergestelltes Heilserum und hat nun die Fähigkeit, die Wirkung des Jequiritols im menschlichen Körper sowohl bei localer Anwendung des Serums im Conjunctivalsack als auch bei subcutaner Injection schnell und sicher zu paralysiren.

Das Wesen der neuen Jequiritytherapie besteht nun in Folgendem: Von der Jequiritollösung Nr. I wird mittels der Capillarpipette ein Tropfen (0·01 cm³) in das betreffende Auge eingeträufelt. Tritt bei dieser Verdünnung noch keine Entzündung auf, so wird an jedem Tage die Dosis gesteigert: 0·02 cm³, 0·03 cm³ u. s. w., von Nr. I, bis die erste typische Jequiritolentzündung eingesetzt: zarte, croupöse Membranen an der Conjunctiva, stärkere Injection derselben und Oedem der Lider. Die trachomatöse Conjunctiva reagirt oft erst auf die Jequiritollösung Nr. II. Ist die erste Entzündung am Auge in einigen Tagen abgeklungen, so verträgt das so behandelte Auge eine höhere Dosis Jequiritol und mit der Anzahl der entzündlichen Reaction nimmt die Immunität zu, bis zuletzt die stärksten Jequiritoldosen wirkungslos vom Auge abprallen. So wird in 4—6 tägigen Intervallen mit der Jequiritoldosis Schritt für Schritt gestiegen und die Entzündung so oft erneuert, als dies für die Beseitigung trachomatöser Veränderungen: Pannus, Hornhauttrübungen auf verschiedener, auch nicht trachomatöser Basis, ekzematösen Pannus, wünschenswerth und möglich ist.

Die Fläschchen, in denen die Jequiritollösung abgegeben wird, tragen am Halse einen Aetzring und an einer Stelle desselben eine Feilkerbe; beim Abbrechen des Halses ist darauf zu achten, dass diese Feilkerbe richtig, d. h. vom Körper abgewendet, gehalten wird. Nach dem Oeffnen des Fläschchens halte man dasselbe mit der beigegebenen Glasklappe bedeckt. Die Pipette reinige man unmittelbar nach dem Gebrauch mit Wasser und dann mit Alkohol; vor dem Gebrauch darf dieselbe mit Alkohol oder Carbol nicht benetzt sein, da sonst das Jequiritol gerinnt.

Sobald eine Entzündung durch die Jequiritoleinträufelung 24 Stunden nach der Jequiritoldosis zu stark erscheint, werden vom Jequiritolserum mehrmals am Tage einige Tropfen in das entzündete Auge eingeträufelt. Auf diese Weise kann die Entzündung coupirt werden, so dass man nur ausnahmsweise zur subcutanen

Seruminjection schreiten muss. — (v. Graefe's Arch. f. Ophthalmol, Bd. 52, Nr. 1; Therap. Monatsh. Nr. 5, 1902.)

Dr. Jänner.

Laryngologie und Rhinologie.

Das Stottern und andere Sprachgebrechen. Von Dr. G. Weil.

Nach längeren Ausführungen über die verschiedenen Formen des Stotterns und der verwandten Sprachgebrechen, die in Betracht kommenden ätiologischen Momente und die verschiedenen Theorien über ihre Entstehung bespricht W. in sehr präciser Form die Therapie dieses Uebels. Er stellt sich auf die Seite Coën's, dessen scharfsinnige Theorie lediglich Innervationsstörungen der Athmung und Herabsetzung des Lungenblutdrucks als die unmittelbare Ursache des Stotterns beschuldigt. Im Allgemeinen unterscheidet man drei grosse Gruppen von Heilmethoden, medicinische, operative und didaktische. Natürlich werden diese Methoden je nach den Erfordernissen des Falles mit einander combinirt werden. Operationen werden nur selten nöthig sein (hauptsächlich kommen dabei die adenoiden Vegetationen und Residuen früher erlittener Schädeltraumen in Betracht), am wichtigsten bleibt die respiratorisch-didaktische Methode. Erst muss der Kranke mit seinem Athem haushalten lernen und eine rasche, vertiefte Einathmung, sowie eine langsame, möglichst gedehnte, bis zur Residualluft dringende Ausathmung erlernen; dann werden zuerst unverfängliche und später allmälig die kritischen Laute gebildet, wonach erst Bildung von Silben, Worten und ganzen Sätzen folgen darf, wobei auf die Ausschaltung der krankhaften Mitbewegungen besonders geachtet werden muss. Tactmässige Sprache, Declamation und Gesang erweisen sich hiebei als vorzügliche Unterstützungsmittel. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 17—19, 1901.)

Weil.

Ueber luetischen Primäraffect der Nase. Von Dr. W. Freudenthal.

Nach einigen Bemerkungen über extragenitale Sklerosen und ihre Entstehung bespricht F. den verhältnissmässig sehr seltenen Primäraffect der Nase, wo er z. B. durch den gemeinschaftlichen Gebrauch von Handtüchern, am leichtesten aber durch Bohren mit dem verunreinigten Finger entstehen kann. Der Fall von F. betraf einen jungen Arzt, der verschiedene Nasenbeschwer-

den, eine kleine Erosion an der rechten Seite des Septums und Drüsenschwellungen am Hinterkopfe hatte, zu welcher dann Schwellung der rechtsseitigen Submaxillardrüsen kam, während sich aus der Erosion nach und nach ein typisches Ulcus durum entwickelte. Solche Drüsenschwellungen waren bei einer gleichzeitig herrschenden Influenzaepidemie häufig beobachtet worden und erregten deshalb hier anfangs keinen Verdacht. Der Kranke erinnerte sich dann, einige Zeit vorher auf einer Klinik eine Frau per vaginam untersucht zu haben, von welcher erst später bekannt wurde, dass sie syphilitisch war. Zweifellos hatte er nach der Untersuchung, als er mit den Collegen den interessanten Fall besprach, mit dem mangelhaft gereinigten Finger in der Nase gebohrt, da er wegen Rhinitis atrophica seit jeher diese Gewohnheit hatte. Es ist von Wichtigkeit, die Aerzte zur Wahrung ihrer eigenen Gesundheit auf solche Fälle besonders aufmerksam zu machen. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 24, 1901.)

Weil.

Zur Pathologie und Therapie der Singstimme. Von Dr. R. Imhofer.

I. macht zunächst einige physiologische Bemerkungen über die Singstimme, über deren Bildung durch die Stimmbänder uns die geniale Erfindung Oertel's, das Laryngostroboskop, so werthvolle Aufschlüsse gebracht hat, bespricht die Register und ihre Bildung, den Umfang der menschlichen Stimme ($1^1/_2$—2 Octaven) und die Grenzen derselben, die im Allgemeinen nach unten bei C mit 64 Schwingungen und nach oben bei c^3 mit 1024 Schwingungen liegen; doch ist f^3 nichts Allzuseltenes, die Patti erreicht g^3 (1536 Schwingungen) und auch c^4 (2048 Schwingungen) und sogar vor Kurzem ein e^4 (2560 Schwingungen) sollen schon vorgekommen sein, anderseits einmal auch ein Contra-F mit 43 Schwingungen. Zahlreiche Stimmstörungen entstehen durch das Bestreben, mit der Stimme in eine höhere Lage zu kommen; andauernde Hyperämie, Katarrhe und Muskelparesen sind die Folge davon. Therapeutisch empfiehlt I. absolute Ruhe der Stimmbänder für längere Zeit und in erster Linie äussere und innere Faradisation des Larynx mit ganz schwachen Strömen, welche er für sehr werthvoll hält, eventuell Erschütterungsmassage. Dringend widerräth er warme Inhalationen und concentrirte Aetzmittel (in dieser Allgemeinheit doch wohl mit Unrecht. Ref.). Bei hartnäckigen Katarrhen übt I. die von Krause

angegebene Scarification der Stimmbänder mit gutem Erfolge. Die Sängerknötchen betrachtet er als durch Aneinanderpressen der Stimmbänder entstanden (analog den Clavi an den Zehen), und behandelt sie deshalb exspectativ; nur im äussersten Nothfalle entschliesst er sich zur Operation, die ja sehr verantwortungsvoll ist. Der Atrophie der Kehlkopfmusculatur („ausgesungene Stimme“) gegenüber sind wir therapeutisch wohl ziemlich machtlos. Dass der Nase und dem Nasenrachenraum immer die grösste Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, ist wohl selbstverständlich. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 14—15, 1901.)

W e i l.

Zur Casuistik der Stenose der oberen Luftwege. Von Dr. H. Wolf und Dr. J. K. Friedjung.

Ein dreijähriges Mädchen begann während des Essens einer Geflügelsuppe plötzlich schwer zu athmen; in einem Kinderspitale, wo man einen Fremdkörper vermuthete, wurden erfolglose Extractionsversuche gemacht. Am nächsten Tage wurde Diphtherie diagnosticirt; offenbar hatten sich die mit den Instrumenten beigebrachten Verletzungen wie gewöhnlich mit weissgrauem Belage bedeckt. Das Kind wurde zweimal intubirt, doch bestanden Heiserkeit und Athemnoth fort. Vier Wochen nach Beginn der Erkrankung sahen W. und F. das Kind mit einer Phlegmone vorn am Halse; nach der Incision und Eiterentleerung wurden Stimme und Athmung frei. Nach f a s t z w e i J a h r e n wurde das Kind wieder zu ihnen gebracht, da es seit 14 Tagen Hustenreiz und Athemnoth hatte. Besonders im Schlafe war der Stridor sehr stark, im Larynx nichts zu sehen; daher wurde eine Narbenstenose der Trachea vermuthet. Bei der Tracheotomie wurde ein dreieckiges Entenknochenstück ausgehustet; offenbar war es früher festgekeilt gewesen und jetzt derart beweglich geworden, dass es in der horizontalen Lage wie ein Ventil die Trachea verlegte. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 36, 1901.) W e i l.

Ueber Adrenalin. Von Dr. E. Mayer.

Das Adrenalin, welches in einer amerikanischen Fabrik hergestellt und in einer Lösung 1 : 1000 in den Handel gebracht wird, soll das wirksame Princip des Nebennierenextractes rein darstellen und hat daher dieselben Indicationen wie dieses. Es lässt sich sterilisiren und ist lange haltbar, was ein grosser Vorzug vor dem Extractum suprarenale ist. Obige Lösung genügt zur fast vollständigen Anämisirung bei Operationen in der Nase; für

Untersuchungszwecke genügt eine zehnfache Verdünnung, also 1 : 10.000. Das Mittel hat sich bisher als frei von jeder schädlichen Nebenwirkung erwiesen. (Ref. kann diese Angaben aus eigener Erfahrung vollkommen bestätigen.) — (N.-Y. Medical News, 8. Juni 1901.) Weil.

Die Behandlung des Nasenblutens innerhalb der Grenzen der allgemeinärztlichen Praxis. Von Dr. K. Kompe.

Der Grundsatz, den K. an die Spitze seiner Arbeit stellt: „Das Nasenbluten ist keine Krankheit, sondern das Symptom einer Krankheit", muss der Beachtung der Aerzte dringendst empfohlen werden. K. will den praktischen Arzt anweisen, mit einfachen Mitteln und geringen Specialkenntnissen Nasenbluten zu stillen und dauernd zu heilen. Er warnt vor dem so verbreiteten Aufschnauben von Essigwasser und adstringirenden Lösungen, trachtet vielmehr stets, an die blutende Stelle direct heranzukommen. Zur Tamponade benützt er trockene Eisenchloridwatte und lässt sie bis zu sieben Tagen liegen. (Das möchten wir wohl kaum riskiren. Ref.) Nach Stillung der Blutung muss man die Ursachen derselben, die bekanntlich sehr mannigfaltig sind, beseitigen. Local bevorzugt er Lapisstift und Trichloressigsäure; zum Aufweichen der Borken empfiehlt er temporäre Tamponade mit Perubalsam-Glycerin (1·0 : 2·0) ein- bis zweimal wöchentlich vorzunehmen. — (Bresgen's Samml. zwangl. Abhandl. etc., Bd. 5, H. 2.)

Weil.

Ohrenheilkunde.

Chronischer Ohrschwindel, sein Mechanismus und seine chirurgische Behandlung. Von Dr. Burnett.

B., in der Voraussetzung, die Ursache des Ohrschwindels wäre eine rein mechanische, entfernt den Ambos in der Absicht, dadurch eine Entlastung des Steigbügels zu erzielen. Die Operation selbst beschreibt er in folgender Weise: In Aethernarkose, nach Desinfection des äusseren Gehörganges, beginnt der Einschnitt am Trommelfell dicht hinter dem Processus brevis, führt längs der Peripherie nach hinten unten bis unterhalb einer horizontal durch den Umbo gezogenen Linie. Der so gebildete Lappen wird mit Hilfe einer Sonde nach innen gegen das Promontorium geschlagen. Auf diese Weise wird das Ambos-Steigbügelgelenk sichtbar. Nun

folgt die Trennung der Gelenkverbindung zwischen Ambos und Steigbügel. Die Entfernung des Ambos erfolgt in der Weise, dass der lange Ambosschenkel mit einer Zange gefasst und vorsichtig nach unten und aussen gezogen wird. B. hat die Operation in 27 Fällen von Ohrschwindel ausgeführt; immer mit gutem Erfolg. Er hat nur bei hochgradigem und schon lange bestehendem Schwindel operirt. — (Transactions of the American otological Society; Thirty third annual meeting, Vol. 3, Part. 3.)

Beitrag zur operativen Behandlung der otogenen Sinusthrombose, insbesondere zur operativen Freilegung des Bulbus venae jugularis. Von Dr. Grunert.

Autor empfiehlt die operative Freilegung des Bulbus venae jugularis in solchen Fällen, in welchen nach ausgeführter Jugularisunterbindung und Sinuseröffnung die Fortdauer hohen pyämischen Fiebers nur auf eine Bulbusthrombose bezogen werden kann. Die Operation führt er in folgender Weise aus: Verbindung des retroauricularen Weichtheilschnittes mit der zwecks Unterbindung der Jugularis angelegten Halswunde. Vollständige Resection der Spitze des Warzenfortsatzes. Stumpf präparirend, geht man an der Schädelbasis in die Tiefe, bis man an die laterale Knochenumrandung des Foramen jugulare gelangt. Zu diesem Zweck ist es nothwendig, die Weichtheile mit dem stumpfen Haken so stark nach vorn zu ziehen, dass leicht eine Verletzung des Nervus facialis an der Stelle, wo er aus dem Foramen stylomastoideum herausgetreten ist, eintreten kann. Hat man sich bis an die äussere Umrandung des Foramen ovale herangearbeitet, dann bleibt nur noch übrig, die Knochenbrücke, welche zwischen dem möglichst weit nach unten bereits von aussen freigelegten Sinus sigmoideus und dem Foramen jugulare noch steht, mit der Luër'schen Zange zu entfernen. Ist diese Knochenspange entfernt, dann ist der Bulbus venae jugularis besonders auch mit seinem Dache direct dem Messer zugängig und man kann den Incisionsschnitt des Sinus von seinem unteren Ende aus direct bis in den Bulbus und die Vena jugularis interna verlängern. — (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 53.)

Zahnheilkunde.

Zwei neue, nahezu ungiftige Analgetica (Dionin und Acoin). Von Darier.

Dionin (Ethylmorphin-Chlorhydrat) ist ein weisses, krystallinisches Pulver von bitterem Geschmack und leichter Löslichkeit, welches in Bezug auf analgesirende Wirkung dem Morphin überlegen sein soll, ohne wie dieses eine störende Wirkung auf den Darm auszuüben. In subcutanen Injectionen wirkt es ausgezeichnet calmirend und wird rasch wieder eliminirt, so dass es als ein schätzbares Ersatzmittel des Morphins angesehen werden muss. In der Zahnheilkunde scheint es speciell berufen, das Cocaïn zu verdrängen. Auf Watte in die Zahnhöhle eingeführt, soll es den Schmerz in wenigen Minuten beseitigen (?); subgingival injicirt (0·02 g pro dosi) wirkt es angeblich auch bei Periostitis.

Acoin besitzt nach Vf. hohe anästhesirende Kraft bei absolutem Mangel an Giftigkeit (?). Selbst in Gaben von 50 cg per os eingeführt, bewirkt es keine Störung. Bei Instillationen in den Conjunctivalsack richtet sich die Anästhesie nach der Stärke der Lösung; es bewirkt in 1 : 1000 Anästhesie von 15 Minuten, 1 : 400 von 30 Minuten, 1 : 200 von 60 Minuten, 1 : 100 von 40—80 Minuten und in 1 : 40 Anästhesie von mehr als 24stündiger Dauer.

Bei subcutanen Injectionen hält die Empfindungslosigkeit viel länger an als nach Cocaïninjectionen der gleichen Concentration; niemals konnte Vf. Anzeichen von toxischer Wirkung beobachten, obgleich er zumeist 10%ige Lösungen (!) verwandte. Die Lösung des Acoins muss mit frisch destillirtem Wasser bereitet werden und hält sich in einem blauen Fläschchen mehrere Wochen lang unverändert. — (Le Monde Dentaire, April 1902.)

R. Kronfeld.

Der augenblickliche Stand der Kenntniss und der Behandlung des sensiblen Dentins. Von O. Walkhoff.

Die Ursache und Empfindlichkeit cariösen Dentins ist noch nicht bekannt. Römer und Morgenstern nehmen an, dass Nerven im Zahnbein vorhanden sind, Gysi und Walkhoff leugnen deren Vorkommen. Gysi glaubt, dass die Empfindlichkeit des Dentins auf einer Fortpflanzung des hydrostatischen Druckes beruht, welcher die Oberfläche des Dentins trifft und sich in dem sehr wasserreichen Inhalt der Dentin-Canälchen bis zur Pulpa fortpflanzt. Dem gegenüber hält Vf. das sogenannte sensible Dentin

für einen Reizzustand der an der Pulpaoberfläche lagernden Odontoblasten; wie ein durch Curare gelähmter Muskel doch noch auf directen Reiz reagirt, so ist auch das Protoplasma der Odontoblasten direct reizbar, obwohl zu ihnen keine Nervenleitung aus dem Zahnbein stattfindet. Die Diagnose der Hyperästhesie des Dentins erfolgt durch Ausspritzen des Zahnes mit Wasser von bestimmter Temperatur. Für normales Zahnbein ist ein Wärmegrad von 15—18° C. bestimmend, darüber hinaus bis 23° C. haben wir es mit Hyperästhesie zu thun. Reagirt der Zahn noch bei 28° C. heftig, so handelt es sich bereits um eine Pulpa-Erkrankung. Zur Anästhesirung des Dentins kann man entweder eine Totalanästhesie der in die Pulpa eindringenden grösseren Nervenstämme einleiten oder den hyperästhetischen Bezirk local anästhesiren. Im ersteren Falle verwendet man Kälte, indem man einen Strahl von Chloräthyl, Anästhyl u. s. w. 3—5 Secunden einwirken lässt. Im anderen Falle schreitet man zur directen Imprägnation des hyperästhetischen Bezirkes mit Anästheticis, Alkaloiden, Cocainum nitricum oder den sogenannten „ermüdenden" Stoffen, von welchen Vf. schon im Jahre 1896 die Kohlensäure in statu nascendi empfohlen hat. — (Deustche Monatsschr. f. Zahnheilk. Nr. 2, 1902.)

R. Kronfeld.

Ein einfacher Obturator für totale Gaumenspalten. Von M. Delaire.

Staphyloraphie und Uranoplastik geben in vielen Fällen zufriedenstellende Resultate. Häufig ist man aber doch auf Prothesen zum Verschlusse abnormer Gaumenspalten angewiesen. Solche sind in verschiedener Ausführung von Suersen, Kingsley und Anderen angegeben worden, leiden aber an der Schwierigkeit, einen exacten Abdruck der Weichtheile zu erlangen, an der complicirten Herstellungsart und an dem ungenügenden Abschlusse bei den Bewegungen des Velum palatum. Der Obturator Delaire's besteht aus einer, den harten Gaumen bedeckenden und an den vorhandenen Zähnen mit Klammern befestigten Goldplatte, welche nach einem einfachen Gipsabdruck des ersteren leicht herzustellen ist. An diese Platte schliesst sich nach hinten eine weiche Kautschukzunge, deren Ränder so dünn und geschmeidig sind, dass sie sich allen Unebenheiten der Pharynxwände genau anlegen. Die Zunge ist mit einem einfachen Handgriff von der Goldplatte abnehmbar und wird solange vom Patienten selbst ausgewechselt und durch grössere ersetzt, bis der Verschluss des Nasenraumes von

Mundhöhle und Rachen vollkommen ist. Luft, welche durch die Nase eingeathmet wird, vermag die Kautschukzunge klappenartig nach unten zu drängen, dagegen bewirken Speisen, welche von unten auf die Klappe drücken, einen noch festeren Anschluss derselben an die Rachenwände, können also nicht in die Nasenhöhle eindringen. — (L'Odontologie, Bd. 26, H. 19.)

R. Kronfeld.

Dermatologie und Syphilis.

Blutuntersuchungen bei constitutioneller Syphilis unter dem Einflusse der Quecksilbertherapie mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes. Von Dr. M. Oppenheim und Dr. G. Löwenbach.

Vielen Beobachtern war die blasse Gesichtsfarbe der Luetiker aufgefallen und man schloss daraus auf die Anämie der Kranken; als dann exactere Untersuchungsmethoden bekannt wurden, wurde das Blut der Syphilitiker nach diesen Methoden untersucht und der Einfluss des therapeutisch angewandten Quecksilbers studirt. Die Resultate waren sehr divergent: So wurde gefunden, dass die Anämie der Luetiker mit dem Beginn der Hgcur allmälig abnimmt, dass die rothen Blutkörperchen und das Hämoglobin allmälig zunehmen, dann aber bei Fortsetzung der Cur wieder abnehmen und bei der Norm stehen bleiben. Aber auch dem widersprechende Angaben wurden gemacht; ja es wurde (Justus) behauptet, dass das Hämoglobin schon nach einmaliger Einverleibung des Hgs. die Blutkörperchen verlasse und dieses Factum wurde als wichtiges differentialdiagnostisches Kriterium hingestellt und von der losen Anlagerung des Hämoglobins an die übrigen Molecularelemente der Erythrocyten abgeleitet. Um sich Klarheit zu verschaffen, entschlossen sich die Autoren zu folgenden Untersuchungen: Es wurde der Hämoglobingehalt nach Fleischl bestimmt, die Zählung der Blutkörperchen vorgenommen und endlich der Eisenwerth des Blutes nach Jolles festgestellt. Eisenwerth und Hämoglobingehalt gehen in der Regel parallel miteinander. Als Resultat dieser mit grosser Umsicht durchgeführten Untersuchungen ergab sich, dass bei constitutioneller Syphilis Hämoglobin und Eisenwerth vor der Behandlung vermindert ist; dass eine evidente Beeinflussung dieser Werthe durch Hg nicht zu gewahren ist; das gegenseitige Verhältniss zwischen Eisen und Hämoglobin wird weder durch die Lues, noch durch das Hg geändert, die Zahl

der Leukocyten wird durch diese Factoren auch nicht geändert: auch im Serum konnte weder durch den Einfluss der Lues noch durch den des Hgs. Eisen nachgewiesen werden. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1902.) Horovitz.

Ehe und venerische Krankheiten. Von Prof. Lesser.

In Betracht kommen Tripper und Syphilis; das Ulcus molle ist und bleibt eine locale Erkrankung, die über kurz oder lang gründlich beseitigt werden kann. Dass der Tripper eine ernste Erkrankung werden kann und für das Weib Siechthum, ja selbst den Tod herbeizuführen vermag, ist eine feststehende Thatsache. L. unterscheidet praktisch daher zwei Gruppen von Tripperkranken: solche, die noch nicht verlobt sind und solche, die schon ein Verlöbniss eingegangen haben. So lange Gonokokken im Urethralcanal nachweisbar sind, ist der Eheconsens zu verweigern. Sind keine Gonokokken nachweisbar, sind die Fäden nur spärlich und von einzelnen Leukocyten und Epithelien gebildet und fällt die mehrmalige Untersuchung immer in diesem Sinne aus und ist anamnestisch die Zeit der Ansteckung auf Jahre hinaus nach rückwärts zu datiren, dann kann der Eheconsens gegeben werden. Schwierig gestaltet sich die Aufgabe des Arztes bei einer Gruppe von Kranken, die Fäden, verklebte Oeffnung und häufige Verschlimmerungen nachweisen lassen. Besonders wenn die Fäden viele Leukocyten gewahren lassen. Hier muss mit allen Mitteln auf die klare Erkennung des Uebels hingearbeitet werden: Endoskopie, Gonokokkenuntersuchung (Färbung und Züchtung), Irritation der Harnröhre und Prostatauntersuchung. Der Consens ist nur nach längerer Behandlungs- und Beobachtungszeit zu gewähren, wenn Gonokokken zweifellos ausgeschlossen sind. Die Schwierigkeiten sind in solchen Fällen sehr gross, doch darf der Arzt sich nicht drängen lassen. Tritt ein Verlobter mit nachweisbaren Gonokokken in der Urethra vor den Arzt, so ist die Ehe kategorisch zu verbieten, ehe die Gonorrhöe nicht geheilt ist. Und auch in diesem Falle lasse sich der Arzt Zeit genug und mache keinen bestimmten Termin. Wird die Gonorrhöe in der Ehe acquirirt, so ist die Schwierigkeit umso grösser und die Aufgabe des Arztes eine noch verantwortungsvollere. Was die Syphilis betrifft, so denke man an die Virulenz der Producte der Frühperiode und die Uebertragungsmöglichkeit auf die nachfolgende Generation durch Vererbung. Man dehne, wenn möglich, das Eheverbot bis auf das fünfte Jahr aus; gestatte aber vor Ablauf der ersten drei Jahre keineswegs die Eheschliessung. Uebrigens hängt

hier viel von dem jeweiligen Falle und seiner Behandlung ab. Man muss daher die Zeit fixiren, wann die Krankheit eingesetzt hat und da ist die Bemerkung sehr wichtig, dass viele Patienten absichtlich den Arzt irrezuführen suchen, indem sie die Krankheit weit zurückdatiren, um sich auf diese Weise reinzuwaschen. Man achte daher mehr auf den Verlauf und die Form des Uebels. Ist der Betreffende verlobt, so muss er, falls er im Frühstadium seiner Lues sich befindet, das Verlöbniss lösen. Was für den Mann gilt, besteht auch der Frau gegenüber zu Recht. Der Arzt stehe jedoch immer auf dem Standpunkte, dass er der Berather seiner Clienten ist; dass er seinen ganzen moralischen Einfluss geltend zu machen habe, ein Unglück zu verhüten; weiter jedoch darf er nicht gehen. Er soll die Braut, resp. deren Eltern und Verwandten nicht benachrichtigen und warnen; obschon es Fälle gab, in denen Aerzte von dieser Maxime abwichen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23, 1902.)

Horovitz.

Die Behandlung der Bartholinitis vermittels Einspritzungen einer gesättigten alkoholischen Lösung von Salicylsäure. Von Dr. Reygasse.

Statt der langwierigen Behandlung mittels Spaltung und Auskratzung entschloss sich R. für die Injectionstherapie. In fünf Fällen wurde diese Methode mit Erfolg erprobt. Man fasst das kranke Labium majus mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand und presst die kranke Drüse so hervor, dass sie unbeweglich zwischen den Fingern bleibt, und nun entleert die rechte Hand 1 cm^3 der erwähnten Lösung mittels einer Pravazspritze in die entzündete Drüse. Ein für 2—3 Secunden anhaltender Schmerz und eine Anschwellung der Drüse für 5—6 Tage sind die nächsten Folgen dieses Eingriffes. Sodann nimmt die Absonderung ab und die Cur ist beendet. Diese von Cordier empfohlene Behandlung pflegt selten an einer und derselben Drüse wiederholt zu werden. — (La revue méd.; nach Frauenarzt, H. 189.) Horovitz.

Zur Behandlung der Blennorrhöe. Von Dr. P. Taenzer.

Zunächst hebt T. die Wirksamkeit der Ichtharganlösungen 1% für die Irrigation der Harnröhre nach Janet's Methode hervor, sodann die Bedeutung dieses Mittels für die acute Gonorrhöe als interne Arznei, und zwar 0·05—200·00, alle drei Stunden einen Esslöffel zu nehmen. Ohne Schädigung des Magens oder des Darmes tritt in 8—10 Tagen eine frappante Besserung ein. Selbst-

redend bleiben die allgemeinen Trippervorschriften in Geltung. Endlich macht T. aufmerksam auf seine Spülmethode bei chronischer Gonorrhöe, die er mit Dehnung combinirt; nämlich die gut sterilisirten elastischen Katheter werden in wachsender Stärke eingeführt und die Spülflüssigkeit in bekannter Weise in die Blase entleert. Es wird hiemit die Urethra zugleich gedehnt. (Freilich dauert diese Dehnung nur einige Augenblicke. Ref.) — (Monatsh. f. prakt. Dermatol. Nr. 7, 1902.) Horovitz.

Kinderheilkunde.

Zusammensetzung und Nährwerth der Backhaus-Milch. Von Dr. C. Hartung.

Auf die Anpreisung der Backhaus-Milch I als Ersatz der Muttermilch, welche geeignet sei, alle bisherigen Kindermilchsorten zu übertreffen, unternahm der Autor die chemische Analyse der in Leipzig käuflichen Backhaus-Milch, sowie zum Vergleiche die von Kuhmilch, Frauenmilch und eines selbst bereiteten Biedert'schen Rahmgemenges. Er stellte fest, dass in der Backhaus-Milch I der Caseïngehalt statt 0·5%, wie Backhaus ihn angibt, 0·86% betrug, während an Stelle der von Backhaus angestrebten 1·25% gelösten Eiweissstoffe nur 0·46% vorhanden waren. Ferner ist die Summe des gelösten und ungelösten Albumins in der Backhaus-Milch I nicht grösser, sondern, im Gegentheile, kleiner als in der sterilisirten Vollmilch und dazu kommt, dass der Haupttheil der gelösten Eiweissstoffe in der Backhaus-Milch I die durch Trypsinverdauung erstandenen Albumosen und Peptone sind. Durch diesen relativ hohen Caseïngehalt, den sehr geringen Albumingehalt und den auffallend hohen Gehalt an Molkenproteïnen weicht diese Backhaus-Milch I weit ab von dem Ziele, das Backhaus sich gesteckt hat. Was die Ersetzbarkeit der Frauenmilch anlangt, so muss diese Fähigkeit der Backhaus-Milch I entschieden abgesprochen werden wegen der Grundverschiedenheit des Frauen- und Kuhmilchcaseïns trotz quantitativer Verminderung, wegen der Unmöglichkeit, durch den hohen Gehalt an Albumosen und Peptonen die löslichen Frauenmilch-Eiweissstoffe zu substituiren. Jene können im günstigsten Falle, analog dem Leime, eiweisssparend eintreten, aber nicht dem Eiweissansatze dienen, und haben bei längerer Anwendung überdies keine üble Reizwirkung auf die Darm-

schleimhaut. Der Fettgehalt von 3% erreicht zwar nicht den der Frauenmilch, der Zuckergehalt von 5·8% kann als rationell bezeichnet werden. Backhaus-Milch II mit der Anwendung vom 5.—7. Monat entspricht einer sterilisirten Vollmilch und Backhaus-Milch III einer Mischung von Rahm und Magermilch, sie ist bestimmt, als Ersatz der Kuhmilch zu dienen, und beide zusammen concurriren nicht mehr mangels der milchtechnischen Behandlung der Sorte I mit der Frauenmilch. Die Backhaus-Milch I hat also keine Ueberlegenheit über die bisher empfohlenen Kindermilchsorten, und ist nicht im Stande, Frauenmilch zu ersetzen. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 55, 1902.)

Beitrag zur Therapie der Tuberculose im Kindesalter. Von Dr. Goliner.

Das Kindesalter zeigt eine enorme Betheiligung an der Tuberculose. So stellt sich dieselbe an der Gesammtmortalität der Tuberculose mit 40% ein. Im Gegensatze zur Tuberculose beim Erwachsenen localisirt sich diese beim Kinde vorzugsweise in dem Drüsenapparat, führt häufig zu acuter Miliartuberculose. Es tritt die Meningitis tuberculosa mit 60% im Kindesalter gegen 8% bei Erwachsenen auf. Begünstigend für die Tuberculose im Kindesalter ist ferner die Häufigkeit der Infectionskrankheiten (Masern, Keuchhusten). Die Behandlung mit Kreosot stösst in der Kinderpraxis wegen des penetranten Geruches, der örtlich reizenden Wirkung, der Appetitherabsetzung, immer noch auf Widerstand, um allgemein eingeführt zu werden. Aus diesem Grunde empfiehlt Autor das Kreosot-Phosphat, welches 80% Kreosot und 20% Phosphorsäure enthält, und jener üblen Nebenwirkungen entbehrt. Es werden täglich 3 g verabreicht in warmer Milch nach dem Essen; in Verbindung mit Leberthran wird 5·0 : 100·0 aufgeschrieben, wovon dreimal täglich 1 Kinderlöffel gereicht wird. Bei Diarrhöen empfiehlt sich das Kreosottannophosphat in gleicher Dosirung. Wegen der cumulativen Kreosotwirkung ist es rathsam, nach zehntägiger Behandlung zehn Tage auszusetzen. — (Der Kinderarzt Nr. 5, 1902.)

Ueber die Behandlung unserer Scharlachfälle. Von Dr. Julius Grósz.

Auf der Wanderversammlung ungarischer Aerzte und Naturforscher gab Vf. eine kurze Uebersicht über die Behandlung von 168 Scharlachfällen im Brody-Kinderhospital. Er wendet sofort

nach dem Fieberstadium jeden zweiten Tag Bäder an, lässt die Kinder drei Wochen im Bette wegen der in dieser Zeit am häufigsten auftretenden Complicationen, untersucht vom ersten Tage bis zum Ende der dritten Woche täglich den Urin. Antipyretisch wird nur mit Chinin und Antipyrin bei Temperaturen über 39:5° C. vorgegangen, er bevorzugt aber im Bette vorzunehmende kalte Einwicklungen mit zimmerwarmem Wasser. In 79 Fällen von Angina scarlatinosa, häufig schweren Grades, verwendete er nebst Halsumschlägen von kaltem oder Eiswasser, 1—2stündliche Halsausspülungen mit 3% Borsäure oder 1%iger Kalichloricumlösung. Nur bei kleinen Kindern mit viel Secret wird der Rachen vorsichtig ausgespritzt, nicht gepinselt. In 28 Fällen von Nephritis scarlatinosa wurde Milchdiät, mit Eichelkaffee, Eiern, Kefir durchgeführt. Bei Schwellungen mit Fieber, Pulsbeschleunigung, Oligurie: Digitalis mit Kali aceticum, Diuretin. Beim Schwinden des Fiebers und noch geringer Diurese werden heisse Bäder (30° R.) gemacht und auf 32° erhöht; nachher wird das Kind für 1—2 Stunden in wollene Decken gehüllt. Contraindicirt sind die Bäder bei hohem Fieber, geschwächter Herzthätigkeit, ausgedehnten Lungenerscheinungen; in diesem Falle reicht man mit nasskalten Einwicklungen und trockenen Decken darüber aus. Bei länger dauernder Albuminurie und Anämie gibt er Chininum tannicum mit Diät von leichtem Fleisch, feinem Gemüse und Eiern mit guten Resultaten. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 34.)

Die Erwärmung der schwächlichen Neugeborenen. Von Dr. Gagey.

Die Einwirkung der Kälte ist unter allen Umständen für die Neugeborenen schädlich und bietet die grösste Gefahr für Frühgeborene oder Neugeborene von schwächlicher Constitution. Vf. empfiehlt die Couveuse als bestes Mittel zum künstlichen Wärmeersatz bei schwächlichen Säuglingen, die nicht im Stande sind, selbst Wärme in genügendem Masse zu produciren. Die Couveuse bietet die Möglichkeit, constante Wärmemengen von beliebig regulirbarer Temperatur zu produciren. Der Uebelstand, dass die Couveuse gewissermassen einen Brutofen abgibt für das Auskeimen und Ansammeln von Krankheitserregern in der Umgebung des in der Couveuse befindlichen Neugeborenen, ist verschwindend klein gegenüber der grossen Gefahr, welcher schwächliche Neugeborene durch Kälteeinwirkung (Zimmertemperatur) ausgesetzt sind. Ein Nachtheil der Couveuse besteht darin, dass man sie

nicht rasch auf genügend hohe Temperaturen bringen kann, wenn es sich darum handelt, das neugeborene schwächliche Kind schnell zu erwärmen, ohne dass daraus Nachtheile für dasselbe erwachsen. Dieser grosse Nachtheil veranlasste Bonnaire, eine Modification in der Richtung anzuwenden, dass die Luft in der Couveuse mit Wasserdampf gesättigt wurde. Er nennt das „la couveuse humide“ im Gegensatze zu „la couveuse sèche“. Auch bei tiefer Herabsetzung der Temperatur des Säuglings gelingt es auf diese Weise, dieselbe rasch auf normale Höhe zu bringen. Ueble Zufälle hat Vf. dabei nicht zu verzeichnen gehabt, ausser hin und wieder einen leicht zu bekämpfenden Collaps. Vf. empfiehlt die Anwendung der feuchten Couveuse bei Skleren der Neugeborenen, sowie constanten Gewichtsabnahmen. Das von Winckel seinerzeit angegebene permanente Bad verdient nach dem Vf. neben der Couveuse die weitgehendste Beachtung, doch vermag der Autor keine eigenen Erfahrungen hierüber anzugeben. Nicht genug betont kann werden, dass in erster Linie die ureigenste Wärmequelle des Säuglings selbst, seine Ernährung, in sorgsamster Weise zu leiten sein wird. — (Paris. Dissertat.) Königstein.

Hygiene und Krankenpflege.

Herzleiden und Ehe. Von Charles Vinay.

Vf. hat nahezu fünftausend frisch entbundene Frauen genau untersucht, und hat bei mehr als achtzig von ihnen ausgesprochene Herzaffectionen gefunden. Die Gefahren, welchen herzkranke Frauen durch die Schwangerschaft ausgesetzt werden, sind bisher erheblich überschätzt worden: bei drei Vierteln von ihnen können Schwangerschaft und Entbindung ganz ohne Zwischenfälle oder doch nur mit unbedeutenden Störungen verlaufen.

Um ein richtiges Urtheil über die Prognose der Herzkrankheiten im Wochenbette zu gewinnen, muss man sie streng ihrer Natur nach trennen und die Herzklappenfehler von den Herzerkrankungen arteriellen und renalen Ursprungs wohl unterscheiden. Letztere sind Ausnahmen, und Vf. hat davon vier bis fünf Fälle beobachtet. Herzleiden dieser Art sind bei Frauen überhaupt seltener als bei Männern und sie treten erst in einem verhältnissmässig späten Alter auf, während die Geschlechtsvorgänge des Weibes zwischen dem zwanzigsten und vierzigsten

Lebensjahre sich abspielen. Das stark vergrösserte linke Herz, mit Galoppgeräusch aber ohne Klappenfehler, bildet eine schwere Complication der Schwangerschaft, der Eiweissgehalt des Urins wird gewöhnlich vermehrt, und der arterielle Blutdruck ist gesteigert, während die Beeinträchtigung der Athmung, die Anschwellung der Gliedmassen, die Wasseransammlung in den Leibeshöhlen, die Anschoppung der Leber und der Lunge den Fortgang der Schwangerschaft und selbst das Leben der Frauen gefährden. Daher ist schon bei leichter Eiweissausscheidung durch den Harn im Hinblick auf eine solche Complication ein Verbot der Ehe gerechtfertigt; bei ausgesprochener Bright'scher Nierenkrankheit aber kann jede Schwangerschaft verhängnissvoll werden, einmal durch die erwähnten Complicationen, und sodann durch die das Kind bedrohenden Gefahren, eine Folge der Circulationsstörungen und der bekannten Placentar-Anomalien: weisse confluirende Infarcte, Ablösung der normal aufsitzenden Placenta.

Etwas anders liegen die Verhältnisse bei den Herzklappenfehlern; und wenn auch für ein vergrössertes, geschwächtes und bereits insufficientes Herz die Mutterschaft eine furchtbare Gefahr bildet, so braucht das doch keineswegs der Fall zu sein, wenn die Herzthätigkeit bis dahin normal gewesen ist. Die Schwangerschaft hat nur einen unbedeutenden Einfluss auf ein gesundes, normal functionirendes Herz. Eine Herzhypertrophie ist bei Schwangeren weder durch directe Untersuchung des Herzens im Leben, noch durch Wägungen des Organs an der Leiche jemals exact bewiesen worden. Aber auch bei gut compensirten Klappenfehlern ist ein nachtheiliger Einfluss der Schwangerschaft auf das Herz nicht wahrnehmbar. Indessen thut man jedenfalls gut, die Betheiligten auf die Gefahr wiederholter Schwangerschaften aufmerksam zu machen, besonders, wenn diese in kurzen Zwischenräumen einander folgen: in einem gegebenen Moment kann infolge zu zahlreicher und zu sehr angenäherter Schwangerschaften eine Insufficienz auftreten, die vielleicht nicht wieder zurückgeht.

Hierbei walten unter den einzelnen Frauen die grössten Verschiedenheiten ob. Manche werden sofort nach der ersten Befruchtung insufficient, andere wieder zeigen eine ganz unerwartete Widerstandskraft. Die verschiedene Widerstandskraft hängt zu einem Theile von dem Grade der Veränderungen an den Herzklappen und von der mehr oder minder tiefen Schädigung des Endokardiums ab. Auch der Sitz des Herzfehlers ist von Bedeu-

tung; so wird die Aorteninsufficienz leichter und für längere Frist compensirt, als eine Mitralinsufficienz. Bei einer Endokarditis rheumatischen Ursprungs wird anscheinend die Widerstandskraft des Herzens schneller erschöpft, weil der Rheumatismus den Herzmuskel direct schädigt. Bei reiner Mitralstenose bleiben die Kranken am längsten am Leben; sie beginnt bereits im Kindesalter und überdauert zuweilen das fünfzigste Lebensjahr. Die Prognose hat ferner mit dem Vorhandensein von Anomalien zu rechnen, die an sich die Blutcirculation und die Athmungsthätigkeit behindern, wie Missbildungen des Brustkastens, Verkrümmungen der Wirbelsäule, Lungenemphysem, Verwachsungen des Brustfells, Zwillingsschwangerschaften.

Es ist unmöglich, für die Prognose allgemein giltige Grundsätze aufzustellen. Jeder Fall erfordert besondere Ueberlegungen, und nur nach einer genauen Untersuchung der Luftwege, der Lungen, der Nieren und der Leber, der Art der Menstruation, der Grösse und der Thätigkeit des Herzens darf man sich zu einer Entscheidung berechtigt halten. Vf. ist mit Jaccoud und Huchard der Ansicht, dass kein Grund vorliegt, herzkranken Mädchen die Ehe zu verbieten, wenn der Fehler gut compensirt ist und bisher keine Störungen aufgetreten sind. Jedoch darf man in Rücksicht auf die Gefahr, welche wiederholte Schwangerschaften mit sich bringen, die Ehe und die Erzeugung von Kindern nur unter der Bedingung gestatten, dass die Betheiligten in den Grenzen der Mässigung bleiben. Sind dagegen bereits Störungen aufgetreten, lassen sich Zeichen von Herzinsufficienz nachweisen, und besonders, wenn dauernde Eiweissausscheidung durch den Harn mit Vergrösserung des Herzens besteht, so muss man einen schweren Verlauf der Schwangerschaft und eine Gefährdung des kindlichen Lebens voraussagen. Selbst in denjenigen Fällen, in welchen man auf eine regelmässige Herzthätigkeit rechnen kann, wird es sich empfehlen, diesen Kranken die sorgfältigste Befolgung der allgemeinen Regeln zur Pflicht zu machen, nach denen Herzkranke leben müssen. Mit der Feststellung, dass das Herz compensirt ist und die Kranke heiraten dürfe, ist die Aufgabe des Arztes keineswegs beendet, er hat auch die Pflicht, die Frauen bis zu ihrer Entbindung sorgsam zu überwachen. Sobald die Schwangerschaft sicher ist, also von der sechsten bis siebenten Woche an, bedarf die Frau der ärztlichen Fürsorge, selbst, wenn jede beunruhigende Erscheinung fehlen sollte.

Wenn sich die ersten Anzeichen des geschwächten Herzens offenbaren, genügen Ruhe, Milchdiät, etliche Gaben eines Abführmittels, reichliche Anwendung trockener Schröpfköpfe am Brustkasten, um die Blutcirculation wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Bei Klappenfehlern, die sich durch kein Symptom verrathen, sind die Massnahmen der Krankenpflege die wirksamsten Heilfactoren: man verbiete jede Ermüdung, alle anstrengende Thätigkeit, längere Spaziergänge, Treppensteigen, plötzlichen Temperaturwechsel, den Aufenthalt in überhitzten Räumen, in Theatern, in Concert- und Ballsälen. Von Nutzen sind auch laue Bäder von zehn bis zwölf Minuten Dauer und zwischendurch kalte Vollbäder, die im Winter durch Waschungen mit kölnischem Wasser oder alkoholischer Lavendelmixtur ersetzt werden müssen. Wenn die Kranken vor körperlicher Ueberanstrengung gewarnt werden müssen, darf man sie andererseits nicht zwingen, den grössten Theil des Tages im Bette oder auf der Chaiselongue zu verbringen; mässige Körperbewegung ist stets heilsam, und ohne zur Oertel'schen Cur rathen zu wollen, die den Fettleibigen vorbehalten bleiben mag, empfiehlt es sich wenigstens, täglich auf ebenem Terrain einen Spaziergang machen zu lassen, der aber nie bis zur Ermüdung getrieben werden darf. Die Diät soll in der Verwendung leicht verdaulicher, die Darmgährung nicht begünstigender Speisen bestehen. Jedes alkoholische Getränk ist verboten, aber auch sonst soll im Trinken Mass gehalten werden. Vor Allem wichtig ist die Ueberwachung der Harnausscheidung; die Hauptgefahr besteht im Auftreten von Eiweiss im Harn. Um die Albuminurie nach Möglichkeit zu verhüten, empfiehlt Vf. jeder Herzkranken, die schwanger wird, in den ersten sechs Monaten täglich 1—$1^1/_2$ l und in den letzten drei Monaten 2 l Milch zu trinken, selbst wenn sie sich völlig gesund fühlt. Nicht nur die leichten Compensationsstörungen, sondern auch manche höchst gefährliche Complicationen, wie acutes Lungenödem, lassen sich durch die Milchdiät verhüten. — (Die Krankenpflege, H. 8, 1902.)

Kleine Mittheilungen.

Die Behandlung der chronischen Diarrhöe mit grossen Dosen von Salzsäure empfiehlt S o u p a u l t. Die Darreichung von 1—2 g H Cl pro die schafft in 2—8 Tagen Besserung und baldige Hei-

lung. Die Wirkung erklärt S. reflectorisch; die Salzsäure erzeugt eine Contraction des Pylorus, welche das vorzeitige Eindringen von Mageninhalt in den Darm verhindert. Auch andere saure Substanzen sollen eine ähnliche Wirkung entfalten. — (Soc. d. thérap.; Berl. klin. Wochenschr.)

Die Beseitigung des Schweissfusses durch Tannoform. Von Dr. Grumme. In der deutschen Armee wird als Fussstreupulver allgemein Pulvis salicylicus cum talco angewendet, welches die Schweissabsonderung selbst kaum beeinflusst, aber insofern eine gewisse Wirkung hat, als es den zersetzenden Einfluss des Schweisses auf die Haut mindert. Wenn der Soldat mit diesem Mittel auskommen will, so muss er täglich Abends und Morgens ein Fussbad nehmen und jeden Morgen reine Strümpfe, beziehungsweise Fusslappen anlegen, welche reichlich mit Salicylpulver gepudert sind. Dies lässt sich schon im Manöver nicht durchführen. Vf. stellte infolge dessen in letzterer Zeit in grösserem Massstabe mit Tannoform Versuche bei Mannschaften an und benützte zunächst das Tannoform rein als Streupulver, indem er es ausgiebig in die Strümpfe oder Fusslappen streute, welche die Leute auf den frisch gereinigten Fuss anlegten und 24 Stunden anbehielten. Der Erfolg war in allen Fällen ohne Ausnahme ein ausserordentlich guter: alle Haut, welche mit dem Tannoform in Berührung gestanden hatte, war dunkelbraun gefärbt und die Schweissabsonderung derselben völlig beseitigt. In einiger Zeit ging die Braunfärbung der Haut zurück und nach 3—4 Wochen setzte die Schweissabsonderung wieder ein, so dass abermaliges [illegible]instreuen von Tannoform erforderlich wurde. Irgend welche [illegible]ädliche Nebenwirkungen traten in keinem Falle auf. Da Tanno[illegible] noch ziemlich theuer ist, wurde eine Mischung mit Talk 1 : 2 [illegible]vendet, wobei jedoch die Wirkung nicht so intensiv und nicht [illegible]leich langer Dauer ist, wie bei unverdünntem Tannoform. [illegible]—14 Tagen ist eine Wiederholung der Procedur noth[illegible]dig. 10%ige Tannoformsalbe oder Pinselungen mit Tannoformlösungen hatten keinen Erfolg. Tannoformflecken werden aus der Wäsche durch eine Ammonium- oder Kaliumpersulfatlösung leicht entfernt. — (Deutsche militärärztl. Zeitschr.; Wien. klin. Wochenschr.)

Ueber Molken und Molkencuren. Von Dr. Naumann. Als Molken bezeichnet man diejenige Flüssigkeit, die nach Ausfällung des Caseïns und des Fettes der Milch zurückbleibt; Molken sind

das Milchserum. Diese wässerige, leicht trübe, grünlichgelb aussehende Flüssigkeit kann süss oder sauer sein, was von der Art der Zubereitung abhängt: zur Herstellung der sogenannten süssen Molken wird Lab, 1 Theil auf 200 Theile frische Milch, verwendet, sodann wird auf 35—40° C. erwärmt und durchgeseiht. Die sauren Molken erhält man beim Kochen der Milch unter Zusatz von Tartarus depuratus. Die Zusammensetzung der Molken variirt nicht bloss je nach der Thierart, deren Milch zur Gewinnung benützt wurde, sondern es sind auch die Molken derselben Species in ihrer Zusammensetzung schwankende. Es finden sich in

	Kuhmolken
Wasser	93·26
Eiweiss	1·08
Milchzucker	5·10
Fett	0·12
Salze	0·41

Die Indicationen, die früher für den Gebrauch einer Molkencur in Betracht kamen, waren die folgenden: 1. Alle diejenigen Zustände, bei denen man eine Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes herbeiführen wollte. 2. Die Krankheiten der Respirationsorgane, u. zw. überall da, wo es auf eine Beruhigung der irritirten Schleimhäute ankam, insbesondere die beginnende Lungentuberculose, Emphysem und chronische Bronchitis, ferner die Reste pleuritischer Processe. 3. Alle Affectionen mit vermehrter Harnsäurebildung, also ganz besonders die Gicht und die derselben nahe stehenden und verwandten rheumatischen Zustände (Arthritis deformans etc.). 4. Die auf dem Boden „gichtischer Dyskrasie" wurzelnden Flechten. 5. Allgemeine Plethora, Fettleibigkeit, Leberanschoppung und Hämorrhoiden. Dass die Molken ein werthvolles Nahrungsmittel seien, das glaubt heute wohl Niemand mehr und erhellt ohneweiters aus dem oben angegebenen Eiweiss- und Fettgehalt. Was die zweite oben angeführte Indication, die Beeinflussung der Athmungswege im reizmildernden Sinne, anlangt, so ist die Meinung hierüber getheilt. Die anderen oben aufgezählten Indicationen sind im Grossen und Ganzen ohne Widersprüche geblieben, insbesondere gilt ihr Nutzen bei der Gicht als ein unbestrittener. Die Wirkung der Molken ergibt sich aus ihrer Zusammensetzung. Das Hauptquantum wird durch Wasser dargestellt, und so entfalten sie auch an erster Stelle die Wirkungen des Wassergenusses. Es ist eine Thatsache,

dass durch methodisches Wassertrinken die Säfte des Körpers und namentlich das Blut verdünnt werden, dass dadurch zweifelsohne das Herz eine grössere Arbeit leisten muss und dass die Secrete aller drüsigen Organe reichlicher abgesondert werden. Da man nun bei der Verordnung des simplen Wassers in der Praxis oft genug auf Widerstand stösst, so wird man sich gern der Wasserwirkung, nicht bloss der verschiedenen Mineralwässer, sondern auch der Molken bedienen, zumal diesen zugleich der Werth eines leichten Diureticums zukommt. Diese diuretische Wirkung ist an das reichliche Vorhandensein des Milchzuckers geknüpft, der, wie die Tabelle zeigt, einen wichtigen Bestandtheil der Molken ausmacht. Auf dem Milchzucker beruht auch die leicht abführende Wirkung der Molken. Weiters kommen bei der Molkencur noch die Nährsalze in Betracht. Ueber die Art der Wirkung derselben ist man noch nicht im Klaren. Die Anwendungsweise der Molkencuren hat sich in den letzten Jahren nur insofern verändert, als man von den grossen Mengen, die früher verabreicht zu werden pflegten, gänzlich abgekommen ist. Es wurden vier bis fünf Pfund verabreicht, die aber schon vor 30 Jahren aus der Mode gekommen waren. Aber auch Dosen von 1000—1500 g, wie sie noch Anfang der Siebzigerjahre zur Verwendung kamen, dürften jetzt wohl nur ausnahmsweise angewendet werden. In Bad Reinerz werden reine Molkencuren nicht mehr gebraucht; ihre Anwendung combinirt sich hier mit dem Gebrauche der verschiedenen eisenhaltigen Quellen und aller anderen Curmittel. Es werden 250—500 g Morgens nüchtern, mit der Quelle gemengt, gläserweise in bestimmten Zeitabständen getrunken; während und nach dem Trinken findet eine Promenade statt. Die grösseren Mengen kommen hauptsächlich bei Hämorrhoidariern, bei chronischer Obstipation und bei Emphysematikern zur Verwendung, während sonst kleinere Dosen verwendet werden. Die unzweifelhaft günstige Wirkung beim Emphysem beruht wahrscheinlich auf der Entlastung des Gefässsystems und der Verringerung der Arbeit des rechten Herzens. Störungen der Verdauung wurden bei kleineren Dosen nie beobachtet, dagegen wurde von der Verordnung von Molken bei Neigung zu Unregelmässigkeiten im Verdauungstractus, bei Neigung zu Magen- und Darmkatarrhen und beim Bestehen von solchen stets Abstand genommen. Das sind auch die wesentlichen Gegenanzeigen für den Gebrauch einer Molkencur. Die sonstige Diät wird weniger durch die Molkencur,

als durch alle sonstigen Verhältnisse vorgeschrieben. — (Baln. Centralztg.; Wien. klin. Wochenschr.)

Puro in der Kranken-Diätetik. Von Dr. L. Fürst. Das Puro (Scholl), ein unter hohem Druck im Vacuum zu Syrupconsistenz concentrirter Saft mageren Rindfleisches, hat infolge eines besonderen Herstellungsverfahrens den Vorzug, sowohl Nähr- als Anregungs-, bezw. Stimulationsmittel zu sein. Denn neben den Basen (19%) und Salzen (10%) des Fleisches, sowie dem Gehalt an Phosphorsäure und Kali enthält Puro nicht weniger als 33% eines natürlichen, unzersetzten, leicht resorbirbaren Eiweisses. Vf. hat das Mittel hauptsächlich bei Kindern versucht, meistens per os, selten per rectum. Er fasst seine Erfahrungen in Folgendem zusammen: 1. Puro wurde von den Kindern aller Altersstufen ohne jede unangenehme Nebenwirkung gut vertragen, und zwar schon vom achten Monate an. 2. In jedem Falle ergab sich nach Abschluss des Versuches eine zuweilen mässige, manchmal aber auch bedeutende Gewichtszunahme. 3. In den nicht durch Wägungen ergänzten Versuchen war der Ernährungszustand ersichtlich günstig beeinflusst. 4. Atonie, allgemeine Schwäche, Apathie und psychische Depression wurden mit Hebung der Ernährung merklich gebessert. Das subjective Wohlbefinden hob sich. 5. Chronische Leiden, wie Rhachitis, suspecte Lungeninfiltration, Drüseninfiltrationen, Katarrhe der Athmungswege, neuropathische Zustände, Herzleiden etc. wurden während der Versuchsperiode zwar nicht geheilt, aber doch zum Theil gebessert, was man der erhöhten Körperenergie und Widerstandskraft zuschreiben darf. 6. Bei Ulcus ventriculi bewährte sich Puro als ein reizloses Nährmittel, das in Verbindung mit caseïnarmer Fettmilch und mit Schleim nicht nur gut vertragen wurde und ausreichend nährte, sondern auch indirect die Heilung des Magengeschwürs begünstigte. 7. Auf anämische und chlorotische Zustände hatte das Präparat einen ausgesprochen günstigen Einfluss. Es steigerte sowohl die Zahl der Chromocyten als auch den Hämoglobingehalt, die beide stark unterwerthig waren. Die völlige Norm wieder herzustellen, war wegen des Grundleidens und der verhältnissmässig zu kurzen Versuchsdauer nicht möglich. 8. Bei Atonie des Magens, Anorexie und Dyspepsie erwies sich Puro ungemein nützlich, zumal deshalb, weil es, nachdem sonstige Nahrung zurückgewiesen worden war, gern genommen wurde und, bisweilen auffallend rasch, die Esslust wieder hob. 9. Nach

starken Blutverlusten Erwachsener bietet das Präparat sehr prompt einen Ersatz für die verloren gegangenen Gewebselemente und trägt viel dazu bei, dem Verfall der Körperenergie vorzubeugen. 10. Für die Ernährung per rectum bildet Puro, seiner Reizlosigkeit und raschen Resorption wegen, ein werthvolles Hilfsmittel. — (Therap. Monatsh.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Creosotum camphoricum. Gleiche Molecüle Kampher und Kreosot zusammengebracht geben eine ölige, in Wasser unlösliche, hingegen in Alkohol, Aether und Glycerin lösliche, dicke Flüssigkeit; das Präparat soll beruhigend auf das Nervensystem wirken. Es wird in öliger Lösung (1 : 5) kaffeelöffelweise oder in Gelatinekapseln zu je 0·2 g 3—5mal täglich gegeben. — (Ph. P.)

Bei Enteritis:

1. Rp. Cotoini 0·04
Bism. subnitr. 5·0
Mucil. gumm. arab. q. sat.
Aq. font. ad 200·0

D. S. Stündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Decoct. eucalypt. rostrat. e 10 : 180·0
Tinct. laud. gtts. X
Syr. foeniculi ad 200·0

D. S. Zweistündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

3. Rp. Calc. jodic. 0·3
Bism. carbon. 0·5

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. VI. D. S. Drei Pulver täglich nach dem Essen zu nehmen.

4. Rp. Thiocoli 0·5

Dtr. tal. dos. Nr. X. D. S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

5. Rp. Fortoini 0·25
Catechu 0·50

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. VI. D. S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

Zur Verhütung des Ohrensausens bei Salicylgebrauch:

Rp. Inf. secal. corn. e 10·0 : 170·0
Natr. salicyl. 10·0
Syr. cinnamomi ad 200·0

D. S. Stündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

Bei Agrypnie:

Rp. Extr. fluid. piscid. erythr. 20·0
Syr. diacodii } āā 40·0
Aq. font. }

M. f. sol. D. S. Abends zwei Esslöffel voll zu nehmen.

Bei Appetitlosigkeit:

1. Rp. Chlorat. hydr. 0·5
Extr. fluid. condurango 2·0
Syr. cort. aur. 30·0
Aq. font. ad 200·0

D. S. Dreistündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Extr. fluid. evonym. atropurp. } āā 15·0
Tinct. rhei. vinos }

D. S. Dreimal täglich vor den Mahlzeiten ein halber Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Bei Asthma bronchiale:

1. Rp. Extr. fluid. eriodyct. glutin. 6·0
   Liq. kal. carbon. 3·0
   Syr. althaeae ad 50·0

D. S. Dreistündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Extr. fluid. grindel. 35·0
   Extr. belladonn. 8·0
   Kal. jodati 10·0
   Syr. simpl. ad 100·0

D. S. Alle drei Stunden ein halber Kaffeelöffel voll zu nehmen.

3. Rp. Cerii oxal. 0·05
   Sacchari 0·3

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X. D. S. Dreistündlich ein Pulver zu nehmen.

Bei Intertrigo der Kinder:

1. Rp. Acid. boric. 0·2
   Talc. venet. 10·0
   Magn. ust. 5·0
   Mixt. oleos. balsam. gtts. X

D. S. Streupulver.

2. Rp. Liq. alum. acet. 30·0
   Glycerini 15·0
   Spirit. 60·0
   Aq. font. 200·0

D. S. Waschwasser.

3. Rp. Acid. boric. 0·3
   Bals. peruv. 0·5
   Vaselini ad 20·0

M. f. ungt. D. S. Leicht einzustreichen.

Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Prof. Gärtner: **Ueber intravenöse Sauerstoffinfusion.**

Prof. Gärtner theilte die Resultate seiner experimentellen Studien über intravenöse Sauerstoffinfusion mit. Es ist bekannt, dass, wenn Luft in grösseren Quantitäten in das Blut eindringt, infolge Behinderung des Lungenkreislaufes sofort eine schwere Störung oder gar der Tod eintritt. Nicht so ist es, wenn man chemisch reinen Sauerstoff zu diesem Zwecke benützt. Gärtner öffnete einem Hunde die Jugularvene, liess nun Sauerstoff in mächtigem Strome einfliessen, und das Thier wurde nicht im geringsten geschädigt, auch wenn dieser Versuch eine Stunde lang fortgesetzt wurde. Der Sauerstoff wird zum Theile sofort von dem venösen, sauerstoffarmen Blute gebunden, ein Theil gelangt ins Herz, wohl auch in die Lungenarterie, woselbst er völlig absorbirt wird, so dass es wahrscheinlich ist, dass in die Lungencapillaren selbst kein Sauerstoff mehr eindringe. Selbstverständlich darf die in die Vene infundirte Gasmenge keine allzu grosse sein, sonst hört man die Herzthätigkeit von einem lauten Geräusche begleitet, ähnlich einem Plätschern oder Gurren, bedingt durch das im Herzen selbst enthaltene Gas. Ist dieses Geräusch laut, auf Distanz hörbar, so kommt das Thier in Lebensgefahr; wird nun der Gasstrom gedrosselt oder die Einleitung des Sauerstoffes auf kurze Zeit unterbrochen, so dass im Herzen keine Gasblasen mehr bestehen, so schwindet das Geräusch, das Thier ist sofort ausser Gefahr, der Versuch kann fortgehen. Ist diese Thatsache schon eine sehr interessante, so sind es auch die ferneren Erscheinungen,

welche bei Variation des Versuches beobachtet wurden. Gärtner studirte die bei Sauerstoffinfusion eintretenden Veränderungen des Pulses und der Athmung seiner narkotisirten Versuchsthiere, er sah am blossgelegten Herzen, dass bei der Sauerstoffinfusion das rechte Herz heller roth war als das linke, während es sonst umgekehrt der Fall ist, und erklärte diese überraschend hübsche Erscheinung in einfachster Weise (arteriellisirtes, überdies mit Gasblasen gemischtes Blut des rechten Herzens). Er sah ferner, dass das Herz (rechte Kammer und rechter Vorhof) sich dabei keineswegs blähe, wie man glauben möchte. Er machte ferner Versuche mit Sauerstoffinfusion und Athmungsaussetzung und fand in seinem Resultate eine schöne Bestätigung der Lehre von der Beeinflussung der Vasoconstrictoren in der Medulla oblongata durch das an Sauerstoff arme Blut. Gärtner wies auf die durch das Experiment erwiesene Thatsache hin, dass ein solches Thier bei Aussetzung der Athmung und Sauerstoffinfusion dennoch arg gefährdet sei, weil es ja seine Kohlensäure nicht abgeben könne; wurde die ausgeschiedene Kohlensäure mittels einfachen Apparates absorbirt, so konnte das Thier bei Infusion des Sauerstoffs lange Zeit am Leben erhalten werden, ohne dass irgend welche Erscheinungen auftraten. Er vergiftete schliesslich ein Versuchsthier mittels Kohlenoxyds, leitete nun intravenös Sauerstoff ein, und siehe da — das Thier, welches nicht mehr athmete und schon Streckkrämpfe hatte, begann nach kurzer Zeit wieder zu athmen und schien gerettet zu sein. Gärtner wiederholte nun die gefährliche Procedur, doch ging das Thier hiebei zugrunde.

All diese Versuche lehren also, dass zwischen Sauerstoff- und Luftinfusion ein diametraler Gegensatz bestehe: die Luft ist ein Fremdkörper im Gefässsystem, der nur sehr allmälig durch die Lunge ausgeschieden werden kann, während der Sauerstoff ein unentbehrlicher Bestandtheil des Blutes ist und von demselben in grossen Mengen aufgenommen und consumirt wird. Es unterliegt keinem Zweifel, dass eine Sauerstoffinfusion, mit der nöthigen Vorsicht ausgeführt, auch beim Menschen ungefährlich verliefe, und es liegt nahe, sich mit der Frage zu beschäftigen, ob und wann ein solcher Eingriff am Menschen auszuführen wäre. Es kann sich hiebei nur um acute und transitorische Zustände handeln, Zustände, bei denen die Sauerstoffaufnahme durch die Lungen vorübergehend so ungenügend ist, dass der Tod des Individuums eintreten würde. In solchen Fällen könnte man daran denken, die zur Erhaltung des Lebens noch fehlende Quantität auf intravenösem Wege einzuverleiben. Erstickungszustände auf mechanischer Grundlage, sehr ausgedehnte Pneumonien, dann die Vergiftung mit Kohlenoxyd wären nach Ansicht Gärtner's die zunächst in Betracht kommenden Erkrankungen des Erwachsenen. Vor Allem hält er aber einen Versuch für angezeigt bei asphyktischen Neugeborenen, bei welchen durch den lange andauernden Sauerstoffmangel das Athmungscentrum functionsunfähig geworden ist, während doch der Herzschlag noch andauert. Infusion einer kleinen Menge von Sauerstoff, die in diesem Falle durch die Nabelvene erfolgt, würde den bestehenden Circulus vitiosus durchbrechen. Beim Erwachsenen würde es sich schliesslich empfehlen, zur Infusion eine vom Herzen möglichst weit entfernte Vene zu benützen, um dem Blute Gelegenheit zu geben, eine recht grosse Quantität des Gases schon vor Eintritt in das Herz zu absorbiren. — (Münch. med. Wochenschr.)

20. Congress für innere Medicin in Wiesbaden.

Dr. Bie: **Ueber Lichttherapie.**

Zur Einleitung bemerkte der Redner, dass man eine rationelle Entwicklung der Lichttherapie nur dadurch sichern könne, dass man dieselbe auf experimentelle Forschung stütze. Er betrachte es daher als seine Aufgabe, ein kritisches Referat zu bringen nicht allein der Lichttherapie, sondern auch der Lichtbiologie. Seine Darstellung der Resultate der Lichtbiologie war in Kürze folgende:

1. Die chemischen Strahlen des Lichtes, nicht aber die rothen, gelben und grünen, können Entzündung der Haut hervorrufen (Bouchard, Widmark, Finsen).

2. Die ultravioletten Strahlen des Lichtes rufen eine Gefässerweiterung in der Haut hervor, welche mindestens 5—6 Monate anhalten kann.

3. Es liegt nichts vor, was darauf deutet, dass das Licht einen Einfluss auf die Hämoglobinmenge des Blutes ausübt.

4. Die Behauptung Moleschott's und Anderer, dass das Licht die Ausscheidung der Kohlensäure vermehre, kann nicht als bewiesen gelten.

5. Die chemischen Strahlen des Lichtes haben eine excitirende Wirkung auf niedere Thiere; eine ähnliche excitirende Wirkung hat das Licht wahrscheinlich auf den Menschen. Nach einigen Forschern soll das rothe Licht eine excitirende Wirkung, die violetten Strahlen hingegen einen beruhigenden Einfluss auf die psychischen Processe haben. Diese letzte Eigenschaft ist mit Erfolg zur Beruhigung maniakalischer Patienten benutzt worden.

6. Die rothen Lichtstrahlen können tief in den Organismus eindringen; dagegen können die blauen und violetten Strahlen die Gewebe nur unter der Bedingung durchdringen, dass letztere blutleer sind. Die ultravioletten Strahlen können unter keinen Umständen weiter vordringen, als bis zu den oberflächlichen Hautschichten.

7. Dasselbe gilt von der Fähigkeit des Lichtes, Bacterien im Organismus zu tödten. Diese Fähigkeit beruht fast ausschliesslich auf den chemischen Strahlen. Nur oberflächliche Affectionen kann man daher durch Beleuchtung heilen. Es kann also keine Rede davon sein, Tuberkelbacillen im Larynx oder in den Lungen durch Durchleuchtung heilen zu wollen, wie dies besonders amerikanische Aerzte vorgeschlagen haben.

Der Redner gab sodann eine Uebersicht über die therapeutische Anwendung des Lichtes.

1. Finsen's Behandlung von Pocken mit rothem Lichte beruht darauf, dass durch Ausschliessung der entzündungserregenden Wirkung der chemischen Lichtstrahlen auf die Haut Eiterung in den Vesikeln und damit Secundärfieber und Narben vermieden werden.

2. Rothlichtbehandlung anderer exanthematischer Krankheiten ist noch nicht durchgeprüft. Backmann und Chatirière haben günstige Resultate mit der Behandlung bei Masern und Krukenberg mit der Behandlung bei Erysipel erzielt.

3. Die von Kellogg construirten Glühlampen-Schwitzbäder können nur als reine Schwitzbäder betrachtet werden, die keine specifische Wirkung aus-

üben. Darüber scheint Einigkeit zu herrschen, dass sie als Schwitzbäder die vollkommensten von allen darstellen.

4. Die von verschiedenen russischen Aerzten, speciell Minin, benutzten localen Beleuchtungen mit Glühlampen oder Bogenlampen haben keinen Anspruch auf Interesse.

5. Die allgemeine Lichttherapie der Zukunft werden unzweifelhaft Sonnenbäder ohne nachfolgende Einpackung sein oder elektrische Bogenlichtbäder mit Lampen von 150—200 Ampère ohne Schweiss. Wir wissen zur Zeit noch zu wenig von den allgemeinen Wirkungen des Lichtes, um für den Augenblick bestimmte Indicationen aufstellen zu können.

6. Die einzige locale Lichtbehandlung, deren Wirkung festgestellt ist, ist Finsen's Behandlung der Hautkrankheiten mit concentrirten chemischen Lichtstrahlen. Die Art der Anwendung, welche Verfasser mehrmals in deutschen Zeitschriften beschrieben hat, wird in Kürze erörtert. Die ausgezeichneten kosmetischen Resultate sind dem Umstande zuzuschreiben, dass die Behandlung die denkbar schonendste ist. Nichts wird zerstört, es gibt keine Schrumpfungen, die Narben sind weiss und glatt. Gleichfalls infolge der schonenden Natur der Behandlung kann man nicht nur das kranke Gewebe behandeln, sondern auch das diesem benachbarte gesunde Gewebe; hiedurch vermindert sich die Gefahr eines Recidivs. Die Behandlung ist schmerzfrei. Der curative Effect ist ausgezeichnet. Von 640 Patienten brauchten nur 1·7% die Behandlung wegen schlechten Resultates aufzuhören. 85% hatten ein absolut günstiges Behandlungsresultat aufzuweisen, nur bei 15% war die Besserung so langsam, dass das Resultat als minder günstig bezeichnet werden muss. Die Recidivverhältnisse sind günstige. Bei Lupus erythematodes sind die Resultate etwas schwankend, bei Alopecia areata, Naevus vasculosus, Acne vulgaris, Acne rosacea und Epithelioma cutaneum sind sehr günstige Resultate erzielt worden, zumal in Ansehung dessen, dass es sich fast stets um schwere Fälle handelte, welche durch keine anderen Behandlungsmethoden zur Heilung geführt werden konnten.

Zum Schlusse wurde eine Reihe von Lichtbildern demonstrirt von Patienten mit Lupus vulgaris, Lupus erythematodes und Epithelioma cutaneum, vor und nach der Behandlung.

v. Jaksch betont die beruhigende, schlafmachende Wirkung des blauen Lichtes und benutzt deshalb blaue Kobaltcylinder zur Nachtbeleuchtung in den Krankenzimmern. Die Lichtglühbäder haben keine specifische Wirkung, es sind nur modificirte Dampfbäder.

Quincke weist auf seine früheren Versuche über den Einfluss des Sonnenlichtes auf überlebende Gewebe, besonders Eiter, hin, welche einen starken Sauerstoffverbrauch erwiesen haben. Bei der Lichttherapie handelt es sich zweifellos zum grossen Theile um Einwirkung der Sonnenlichtstrahlen, die nicht nur subjective, sondern auch objective Besserung erkennen lassen, das Allgemeinbefinden und den Stoffwechsel sichtlich beeinflusst.

Rumpf hebt den Vortheil der Glühlichtschwitzbäder hervor, dass sie bei geringerer Temperatur wirksam das Herz mehr schonen. Die Hautkranken sind gegen das Bogenlicht viel toleranter als die Gesunden. Unter Bogenlicht-

behandlung mit und ohne blaue Scheibe hat er das Erysipel günstig ablaufen sehen, ebenso zuweilen gute Erfolge bei Neuralgien.

Hahn: Die Finsenstrahlen-Behandlung ist in der Hauptsache nur b Hautkrankheiten wirksam und unter diesen speciell nur bei Lupus. Recidive sind nicht zu vermeiden. Die Wirkung ist keine bactericide, sondern entzündungserregend. Da es sich beim Bogenlicht nur um die ultravioletten Strahlen handelt, können die Kohlenelektroden durch eiserne ersetzt werden wie in der Bang'schen Lampe. Als wesentlicher Bestandtheil der Lichttherapie hat auch die Verwerthung der Röntgen-Strahlen zu gelten. Die Anwendung kann oft mit Vortheil der Finsen-Behandlung vorangehen.

Marcuse berichtet über Erfahrungen an 400 Patienten mit Glüh- und Bogenlicht. Die Glühlichtbehandlung ist nur eine Wärmeprocedur, allerdings die beste, über die wir verfügen, schnell und sicher Schweiss erzeugend. Zuweilen kommen aber auch Nebenwirkungen aufs Herz vor. Bei Fettleibigkeit sind sie ganz ohne Wirkung. Das Bogenlicht erweist sich nutzbringend bei functionellen Neurosen, vielleicht nur suggestiv wirkend. Die locale Bestrahlung dagegen ist unwirksam, z. B. bei Neuralgien. Die Lichttherapie muss in erster Reihe eine Sonnentherapie sein. Die Luft gibt den Sonnenstrahlen erst die volle Wirkung. Redner tritt für eine energische Ausnutzung der Lichtbehandlung seitens der Aerzte ein, um sie nicht den Curpfuschern zu überlassen, bezw. sie ihren Händen zu entreissen.

Bücher-Anzeigen.

Handbuch der Massage und Heilgymnastik für praktische Aerzte. Von Dr. Anton Bum. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 173 Holzschnitten. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Wien und Berlin, 1902.

Die in rascher Aufeinanderfolge erscheinenden Auflagen dieses Buches beweisen, dass das Bedürfniss der praktischen Aerzte, für welche dasselbe hauptsächlich geschrieben ist, sich in den mechanischen Behandlungsmethoden auszubilden, ein bedeutendes ist und dass das Buch diesem Bedürfnisse in vollem Masse gerecht wird. Dem Mediciner wird bisher nur an wenigen Universitäten Gelegenheit gegeben, sich in diesem wichtigen Gebiete der Therapie die nöthigen Kenntnisse zu erwerben, speciell bei uns in Wien, wo es an tüchtigen Lehrkräften der Disciplin nicht fehlt, hat dieselbe in dem Rahmen der Facultät noch keinen Platz gefunden. Vorliegendes Buch verdankt seinen grossen Erfolg der Sachkenntniss des Autors, der sich auf diesem Gebiete durch eine Reihe vorzüglicher Arbeiten einen guten Namen erworben, und seiner ausgezeichneten Darstellungsgabe. Klarheit und Präcision zeichnen jedes Capitel aus, sowohl die des allgemeinen, als auch des speciellen Theiles. Die meisten Capitel sind vom Verfasser selbst bearbeitet; das Capitel der Ohrenkrankheiten ist von Dr. Eitelberg, das Capitel der Augenkrankheiten von Docent Dr. S. Klein, das Capitel der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten ist von Docent Dr. Laker verfasst; sie bilden mit den übrigen Capiteln ein harmonisches Ganzes. Druck und Ausstattung sind tadellos.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Zum Augentripper der Neugeborenen.

Von Frauenarzt Dr. J. Königstein.

Unter der Ophthalmia blennorrhoica oder Blennorrhoea acuta neonatorum versteht man jene Erkrankung der Augenbindehaut des Neugeborenen, bei welcher es unter reichlicher Ausscheidung eines schleimig eitrigen Secretes zu mächtiger Schwellung und Röthung der Schleimhaut, zur Wucherung ihres Papillarkörpers, zu wahrer Chemosis, überdies zu hochgradiger entzündlicher Anschwellung der Lider, sowie der angrenzenden Haut, und endlich in manchen Fällen zur Erkrankung des Augapfels selbst, zu eitriger Keratitis, zur Panophthalmitis kommt. Was die Aetiologie der Erkrankung betrifft, so war man schon im frühesten Alterthume bemüht, das ursächliche Moment derselben zu erforschen, und schon die alten Hebräer waren auf der richtigen Spur, indem sie einen Zusammenhang zwischen Fluor der Mutter und Augentripper des Neugeborenen vermutheten. Im Laufe der Zeiten kam diese Erkenntniss wieder in Vergessenheit, und man hat alle möglichen Dinge herbeigezogen, um die Ursache dieser Erkrankung aufzufinden. So hat man noch zu Beginn dieses Jahrhunderts der Erkältung, grellem Licht und Anderm mehr die Schuld gegeben. Wie weit man darin gegangen ist, lässt sich aus dem Umstande schliessen, dass einzelne Autoren sogar das Taufwasser beschuldigt haben. Benedikt (1814) lässt die Krankheit dadurch entstehen, dass neugeborene Kinder bei der Taufe mit kaltem, statt mit warmem Wasser begossen werden. Prof. Jüngken sagte sogar noch im Jahre 1870 in seiner für das grosse Publicum bestimmten Augendiätetik, S. 43, dass die Unsitte, den Kopf des neugeborenen Kindes frei von jeder Bedeckung zu lassen, einen wesentlichen Antheil an der Augenentzündung habe. Erst gut beobachtenden englischen Augenärzten blieb es vorbehalten, am Anfange des 19. Jahrhunderts die Ursachen des Leidens sehr richtig in dem Ausflusse der Mutter zu suchen. Dies war zuerst Gibson im Jahre 1807 und nach ihm Mackenzie im Jahre 1832. Cohn in Breslau gibt an, dass man bereits zu seinen Studienzeiten die Mutter blennorrhöischer Neugeborener auf weissen Fluss zu untersuchen

begann, und es fand sich kaum ein Fall, wo der Fluor albus nicht vorhanden gewesen wäre. Allerdings war Alles das bloss ein blindes Umhertappen und ist es erst Neisser in Breslau gelungen, den Krankheitserreger des Trippers in der Form eines Coccus, der auch nach ihm „Gonococcus Neisser“ benannt wurde, im Jahre 1879 zu finden und die Identität der Tripperkrankung beim Manne, Weibe und Auge der Neugeborenen durch das Vorkommen des allen gemeinsamen Gonococcus im Eiter nachzuweisen. Als es dann bald nach der Entdeckung desselben gelang, auf den verschiedensten Nährböden Reinculturen zu erzielen, letztere wieder mit Erfolg auf Menschen zu überimpfen, kam volle Klarheit in diese Frage und in einzelnen noch strittigen Punkten erzielte schliesslich Wertheim ein endgiltiges, die Fragen abschliessendes Resultat.

Es fällt nicht in den Rahmen meines Aufsatzes, auf die Biologie dieses kleinsten Lebewesens einzugehen, aber nicht unerwähnt darf zum Verständniss manches Folgenden bleiben, dass der Gonococcus in den menschlichen Schleimhäuten den besten Nährboden hat und mit Recht zu den hartnäckigsten Parasiten des menschlichen Organismus gezählt werden kann. Allerdings haben nach der Entdeckung Neisser’s Forscher ersten Ranges, wie Schmidt-Rimpler, Widmark, Haab, Kroner in ätiologischer Beziehung insoferne grosse Errungenschaften aufzuweisen, als es ihnen gelang, nachzuweisen, dass bei einem verhältnissmässig hohen Procentsatze von Augeneiterungen Neugeborener Gonokokken nicht nachgewiesen werden konnten, während sich andere Mikroorganismen fanden, die in ätiologischer Beziehung gewiss in Rechnung zu ziehen waren, so Pneumokokken, Staphylokkoken, Bacterium coli, Mikrococcus luteus. Da sich in einzelnen Fällen noch andere kleinste Lebewesen vorfanden, so war es überhaupt zweifelhaft, welchen Infectionserregern die Ursache der Erkrankung zuzuschreiben sei. Esmarch bestätigte dann an einer grossen Versuchsreihe, die allerdings nicht der Oeffentlichkeit übergeben wurde; diese Angaben und die einschlägigen Arbeiten von Ammon Groenouw Cramer bilden den bestätigenden Abschluss. So fand Ammon, um ein Beispiel anzuführen, unter hundert Fällen von Augeneiterung Neugeborener nur 56 gonorrhöische. Man hat, gestützt auf diese Thatsachen, auch eine Aenderung der Nomenclatur vornehmen zu sollen geglaubt, ist aber wegen der Schwierigkeiten, die aus praktischen Gründen diesem Vorhaben

erwuchsen, davon wieder abgegangen. Jedenfalls werden diese verschiedenen ätiologischen Gesichtspunkte schon in prognostischer Beziehung stets im Auge zu behalten sein. In dieser Richtung kann man nämlich nicht genug vorsichtig sein. Wenn die Angehörigen des erkrankten Kindes mit den unausbleiblichen Fragen an uns herantreten, wie die Art der Erkrankung sei, welchen voraussichtlichen Verlauf dieselbe nehmen, wie lange die Heilungsdauer währen würde, dann heisst es, auf der Hut sein, und kann man erst dann aus der Reserve hervortreten, wenn der bacteriologische Nachweis von Gonokokken geliefert wurde.

Das Krankheitsbild, das durch die verschiedenen oben angeführten Bacterien hervorgerufen wird, kann sich unter Umständen völlig decken, so dass nur die mikroskopische Untersuchung, eventuell das Culturverfahren Klarheit in die Sache bringt. Da durch Antiseptica die Krankheitserreger wesentlich vermindert, eventuell vollkommen zum Verschwinden gebracht werden, so darf man selbstverständlich solche nicht vor der beabsichtigten mikroskopischen oder culturellen Untersuchung in Anwendung bringen. Man hat nur dann ein Recht, Gonokokken zu diagnosticiren, wenn sich in den zelligen Elementen des Eiters Doppelkokken finden, die sich, mit Methylenblau gefärbt, nach Gram entfärben und die charakteristische Form zweier einander mit den concaven Seiten zugekehrten Bohnen zeigen (Semmelform). Die Färbung auf Gonokokken wird in folgender Weise vorgenommen: Nach Verstreichen des mit einer in der Flamme sterilisirten Platinöse aus dem Conjunctivalsacke entnommenen Secretes auf zwei Deckgläschen wird das native Präparat an der Luft trocknen gelassen, dann behufs Fixation durch die Flamme gezogen. Hierauf wird die Färbung mit Löffler's Methylenblau vorgenommen. Da Verwechslungen mit anderen etwa vorhandenen Doppelkokken im Bereiche der Möglichkeit liegen, so wird nach Gram gefärbt, wobei die Gonokokken entfärbt werden.

Ist der Befund ein positiver, sind Gonokokken nachgewiesen, so wird sich das therapeutische Verhalten darnach zu richten haben, doch muss man stets dem Umstande Rechnung tragen, dass man mitunter in Fällen, wo eine specifische Infection mit Gonokokken vorliegt, die Krankheitserreger, besonders bei der ersten Untersuchung nicht nachweisen wird können, wenn dieselben überhaupt spärlich vorhanden sind oder schon Lapis an-

gewendet wurde. Der Augentripper der Neugeborenen hat in der Praxis noch immer grosse Bedeutung. Trotzdem die Erkrankung infolge der entsprechenden Präventivmassregeln viel seltener geworden ist, gehen doch noch immer zu viele Augen von Neugeborenen an dieser Erkrankung zugrunde. Da die Krankheit leicht von einem Auge auf das andere übertragen werden kann, ist die Möglichkeit einer vollständigen Erblindung des Individuums gegeben. Das Krankheitsbild zeigt folgende hervorstechende Phasen: Die ersten Symptome der Erkrankung treten ungefähr 2—3 Tage nach der Geburt auf, manchmal allerdings erst am 6.—7. Tage. Es hängt dies davon ab, wieviel von dem Krankheitserreger ins Auge getreten ist, anderseits wie gross die Virulenz des Giftes ist. Die Augenlider schwellen immer mehr an und es sondert sich reichlich schleimig eitriges Secret ab. Binnen wenigen Tagen erreicht die Krankheit ihren Höhepunkt. Die Lider, besonders das obere, sowie die umgebende Haut sind stark geröthet, fühlen sich prall und heiss an und sind geschwulstartig erhoben. Das obere Lid ist über das untere geschoben, seine Cilien sind unter einander und mit der Haut des Unterlides durch zu dicken gelben Krusten eingetrocknetes Secret verklebt. Versucht man nach Entfernung der Krusten das Oberlid mit den Fingern emporzuheben, so stürzt eine reichliche eiterähnliche Flüssigkeit hervor, das Lid stülpt sich um und der mächtig gewulstete Uebergangstheil drängt sich vor. Die Bindehaut zeigt sich im Tarsaltheile tiefroth, hoch angeschwollen, ihr Papillartheil entweder von sammtartigem Aussehen oder von gröberen Wucherungen uneben, warzig. Zwischen diesen ist eine graue rahmähnliche Flüssigkeit angesammelt, welche zuweilen zu mehr oder weniger ausgedehnten Membranen erstarrt. Werden die Lider mit dem Lidhalter auseinandergezogen, so scheint die Augenbindehaut, die Carunkel und die halbmondförmige Falte tiefroth, verdickt, uneben, erstere um die Hornhaut herum zu hohen, an den Firsten ödematös durchscheinenden, tief rothen, oft bläulichen Wülsten angeschwollen, unter welchen die Cornea wie vergraben nur mit ihrem Centrum hervorsieht (Chemosis).

Der Verlauf der Ophthalmie ist ein acuter. In 3—6 Wochen ist dieselbe in der Regel abgelaufen. Während in einer Anzahl von Erkrankungen der Verlauf ein äusserst stürmischer ist, so dass der Höhepunkt der Krankheit mit Ulceration und Durchbruch der Hornhaut in 36—48 Stunden erreicht ist,

treten in anderen Fällen die Symptome milder und in langsamer Weise auf und weicht das Leiden entschiedener als in den ersten Fällen einem zweckentsprechenden therapeutischen Vorgehen. Wo der Krankheitsprocess auf die Bindehaut beschränkt bleibt, kommt es zumeist zu einer restitutio ad integrum, indem die stark granulirende Wundfläche allerdings erst nach vielen Wochen wieder zur Norm zurückgeht und sich keineswegs in Narbengewebe umwandelt. Die Gefahr der Erkrankung liegt also keineswegs in einer Zerstörung der Schleimhaut, sondern vielmehr in dem Uebertreten der Erkrankung auf die Hornhaut. Ein ganz geringer Verlust des schützenden Plattenepithels genügt, um durch den unscheinbaren kleinsten Defect der vordersten Hornhautschicht der Infection des ganzen Auges Thür und Thor zu öffnen. Bereits nach 24 Stunden zeigt sich in der Mitte der Hornhaut eine rundliche oder ovale Infiltration, die dann zerfällt. Das so entstandene Geschwür kann immer tiefer greifen und schon nach 2—3 Tagen zum Durchbruch der Hornhaut führen. Nach Abfluss des Kammerwassers legt sich die Linsenkapsel bei kleiner und central gelegener Durchbruchstelle in dieselbe und es kommt zu einer Verklebung, sowie zu einer das ganze Leben bestehen bleibenden centralen Linsentrübung (Cataracta polaris anterior oder pyramidalis). Liegt das Geschwür mehr seitlich, so wird beim Abflusse des Kammerwassers die Iris in die Durchbruchsstelle hineingerissen, wodurch ein Vorfall entsteht, der weiters zur Einklemmung und zur Einheilung der vorgefallenen und eingeklemmten Iris führt. (Vordere Synechie.) Ist das Geschwür sehr breit und tief, so kann die ganze Linse hervorstürzen, auch wohl ein Theil des Glaskörpers, und es kommt dann zur Schrumpfung des Augapfels. Ausgedehnte Hornhautnarben mit nachfolgenden partiellen Hornhautstaphylomen, sowie Ausdehnung des ganzen Bulbus (Hydrophthalmus) können die Endausgänge des Blennorrhöe sein, welche mit gänzlicher oder theilweiser Blindheit verbunden sind. Meist gesellt sich ein beständiges eigenthümliches Zittern der Augen (Nystagmus) hinzu. Durch geeignete und rechtzeitige Behandlung kann die Hornhaut aber vor Infection meistens bewahrt und die Erkrankung, ohne immerwährende Schäden zu hinterlassen, vollkommen geheilt werden.

Das Vorkommen dieser Erkrankung ist, wie ich bereits eingangs erwähnte, trotzdem man heute in der Lage ist, ihren Ausbruch zu verhüten, leider noch immer ein zu häufiges. Wie

oft die Krankheit unter Neugeborenen vorkommt, lässt sich mit absoluter Sicherheit nicht bestimmen, da ein Theil derselben weder in Entbindungsanstalten, noch in Augenkliniken zur Behandlung kommt, sondern auf privatem Wege ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt. Die Statistik über die Häufigkeit der Blennorrhöe ist daher eine unvollkommene, da man ausschliesslich auf die Berichte der Augenkliniken, der Gebär- und Blindenanstalten über beobachtete Blennorrhöe und Blindheit angewiesen ist. Das Eine scheint aber festzustehen, dass heutzutage noch immer 30% aller gänzlichen Erblindungen auf blennorrhöische Erkrankung zurückzuführen sind. Diese Thatsache ist umso betrübender, als man im Stande ist, die Augeneiterung der Neugeborenen zu verhüten, wenn sofort nach der Geburt das von Credé angegebene Verfahren kunstgerecht vorgenommen wird. Solange man die Ursache der Erkrankung nicht kannte, konnte man ihr eben nicht beikommen. Seit der Entdeckung Neisser's jedoch weiss man, dass es sich um eine Infectionskrankheit handelt, die durch einen Diplococcus, der von Schleimhaut zu Schleimhaut übertragen wird, handelt. Man weiss weiter, dass es nur zwei Zeitpunkte gibt, wo der Infectionsträger in die Augen des Kindes gelangt, nämlich während der Geburt auf dem mütterlichen Geburtswege und nach der Geburt durch Berührung mit Gegenständen, die Gonokokken tragen. Ist der Geburtsschlauch gonorrhöisch inficirt, so ist die Möglichkeit gegeben, dass beim Passiren des Kopfes durch denselben Gonokokken enthaltendes Secret auf die Augenlider und dann beim Oeffnen derselben ins Auge selbst gelangen können. Dass dabei eine mikroskopische Menge genügt, braucht nicht erst gesagt zu werden. Alle Momente, welche die Geburt erschweren, so vorzeitiger Blasensprung, Enge der harten und weichen Geburtswege und ein längeres Stecken des Kopfes bedingen, erleichtern den Eintritt der Infection. Hat die Geburt bereits stattgefunden, so kann noch unmittelbar nach derselben die Ansteckung erfolgen, dadurch, dass das Wartepersonale beim ersten Bade den gonokokkenhältigen Eiter direct von den Lidern, vom Gesicht, oder sonst vom Körper direct in das Auge des Neugeborenen hineinwischt oder die Infection erfolgt erst im Wochenbett, indem die Finger der Aerzte und Hebammen oder die verschiedenen Utensilien, deren man zur Wochenbettpflege bedarf, so Badewasser, Tücher, Waschbecken, die mit dem Infectionsstoff verunreinigt sind, den Ueberträger der Krankheit bilden. In Er-

kenntniss aller dieser erhärteten Thatsachen sollte man meinen, dass es ein Leichtes wäre, die Krankheit durch entsprechende prophylaktische Massnahmen aus der Welt zu schaffen. Nachdem feststeht, dass die Erkrankung auf Infection beruht und dass letztere während, unmittelbar oder längere Zeit nach der Geburt stattfindet, so wird in dieser Richtung strictest vorgegangen werden müssen, um den Ausbruch der Erkrankung zu verhüten. Was nun die Prophylaxe in Bezug auf Infection betrifft, so muss ab ovo, das ist beim Vater, begonnen werden. Wie schon früher ausgeführt wurde, wird das Neugeborene während der Geburt von der kranken Mutter inficirt, die Mutter aber kann nur vom Vater erkrankt sein. Mithin wird da die Axt anzulegen sein, d. h. ein tripperkranker Mann darf keinen Beischlaf ausüben, selbst wenn der Tripper noch so minimal ist. Die chronischen Formen des Trippers sind es in erster Linie, welche besonders viel Unheil anstiften, indem die damit behafteten Männer keinerlei Beschwerden verspüren und sich infolge dessen auch für ganz gesund halten.

Wenn nun solche Männer im Glauben an ihre völlige Gesundheit eine Ehe eingehen, dann werden sie oft genug in unliebsamer Weise durch die unmittelbar nach den ersten geschlechtlichen Vereinigungen erfolgende gonorrhöische Erkrankung der Frau an ihre Jugendsünden erinnert. Hier wäre der Hebel mit Erfolg anzusetzen und durch Belehrung darauf hinzuwirken, dass alle Männer, welche die Ehe einzugehen beabsichtigen, sich vorerst ausnahmslos einer ärztlichen Untersuchung unterziehen sollen. Dieses Ziel wird jedoch vorläufig nicht so leicht zu erreichen sein, es wäre denn, dass die Gesetzgebung sich dieser Sache annehmen würde. Im Uebrigen soll in jüngster Zeit von einem Arzt in einem österreichischen gesetzgebenden Körper der Antrag gestellt worden sein, darauf hinzuwirken, dass die Männer vor Schliessung einer Ehe sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen, und erst, wenn sie als gesund befunden würden, sollte ihnen ein Heiratsconsens ausgestellt werden. Ein Schritt weiter und wir wären allerdings bei der Zuchtwahl unter Menschen angelangt. Dass es der Menschheit nur zum Vortheil gereichen würde, wenn sich immer nur geistig und körperlich gesunde Menschen mit einander zur Fortpflanzung verbinden würden, ist ja zur Genüge bekannt und die erbliche Belastung eine durch die Wissenschaft erwiesene Thatsache. Ein einziger Gonococcus aus dem Geschlechtsapparate des Mannes kann die Ursache einer langwierigen Erkrankung der Frau

sein. Was eine ascendirende Gonorrhöe unter Umständen für eine Frau zu bedeuten hat, brauche ich wohl des Weiteren nicht auszuführen. Pflicht des Arztes aber ist es, zu verhüten, dass diese Erkrankung auf das unschuldige Neugeborene, kaum dass es das Licht der Welt erblickt, übertragen wird. Man wird gut thun, in verdächtigen Fällen schon während der Schwangerschaft diesem Umstande die nöthige Aufmerksamkeit zu schenken und bei Frauen, welche einen starken Ausfluss haben, tägliche desinficirende Scheidenspülungen vornehmen zu lassen. Wo dies aus irgend einem Grunde verabsäumt wurde, muss es während der Geburt geschehen. Schon im Jahre 1807 hat Gibson diese Massnahmen empfohlen und durchgeführt, und Credé nahm im Jahre 1881 das inzwischen wieder in Vergessenheit Gerathene auf. Bei uns waren die Hebammen früher auf Grund behördlicher Verordnungen, die eine Folge der ausgezeichneten Preisschrift von Fuchs über Verhütung der Erblindung bei Neugeborenen waren, verpflichtet, vor der Geburt desinficirende Spülungen der Scheide vorzunehmen. Leider hat sich dagegen von Seite der Geburtshelfer eine Strömung bemerkbar gemacht, die die ausnahmslose vorbeugende Scheidenspülung durch die Hebammen verwirft. Doch wird in jedem irgend verdächtigen Falle eine Desinfection der Scheide mit Carbol oder schwacher Sublimatlösung zu empfehlen sein.

Hat die Geburt einmal stattgefunden, so wird die einfache Reinigung der Augen durch Waschen unter keinen Umständen genügen, wenn Infectionsgefahr vorhanden ist. Die Gonokokken befinden sich ja auf der Haut der Augenlider oder an den Wimpern des Kindes. Werden nun die Lider aufgeschlagen und die mechanische Reinigung durch Abwaschen mit Schwämmen oder Läppchen vorgenommen, so werden ja erst recht die Kokken in die Bindehaut hineingewischt. Dazu kommt noch der Umstand, den Schirmer mit Recht hervorhebt, dass das Badewasser den Infectionsträger macht, indem sich der dem Neugeborenen anhaftende Genitalschleim im Badewasser vertheilt und so letzteres gonokokkenhältig wird. Schirmer empfiehlt daher, den Kopf nach der Geburt nicht zu baden, sondern zunächst mit einem trockenen Tuche abzuwischen und erst am nächsten Tage den Kopf zu waschen. Trotzdem hat das sorgsame Auswaschen der Augen speciell mit destillirtem Wasser Anhänger gefunden. Die ziemlich guten Resultate, die Abegg mit 3%, Kaltenbach in 200 Fällen mit 0%, Ernst Cohn in Schröder's Klinik bei 653 Geburten mit 1·9% erhielt,

sind jedenfalls auf die Anstaltsbehandlung zurückzuführen, jedoch reicht diese Methode für die Praxis, wie die Erfahrung zur Genüge lehrte, nicht aus. Man griff daher zur Reinigung mit desinficirenden Flüssigkeiten und verwendete das Carbol, was überdies den Vortheil der Bequemlichkeit an sich hatte, da ja die Hebammen bemüssigt sind, in ihrer Geburtstasche stets Carbol mitzuführen. Salicyl, Chlorwasser, Thymol, übermangansaures Kali, Borsäure, wurden in verschieden starken Lösungen empfohlen. Die Erfolge waren aber nichts weniger als zufriedenstellend und so griff Credé zum Argentum nitricum, welches bereits im Jahre 1854 von A. v. Gräfe in seiner berühmten Arbeit über die Blennorrhoea neonatorum als bestes Heilmittel dieser Erkrankung bezeichnet worden war. Aber erst Credé blieb es vorbehalten, auf die geniale Idee zu kommen, die Höllensteinlösung prophylaktisch ins Auge aller Neugeborenen einzugiessen, nachdem er die traurige Erfahrung gemacht hatte, dass bei 12 Neugeborenen von Müttern, die für gesund gehalten wurden, und daher nicht eingeträufelt wurden, Blennorrhöe zum Ausbruch kam, während er bei 30 Neugeborenen von kranken Müttern nach Einträufelung einer 2%igen Lapislösung keinen Erkrankungsfall erhielt. Credé gibt folgenden Vorgang an, den ich mit seinen eigenen Worten wiederhole: „Die Kinder werden nach der Abnabelung zunächst von der Hautschmiere und dem an ihnen haftenden Blute, Schleime u. s. w. in der üblichen Weise befreit, dann in das Bad gebracht und dabei die Augen mittels eines reinen Läppchens oder besser mittels reiner Watte, nicht mit dem Badewasser, sondern mit anderem reinem gewöhnlichem Wasser äusserlich gereinigt, namentlich von den Augenlidern alle anhaftende Hautschmiere beseitigt. Dann wird auf dem Wickeltische vor dem Ankleiden des Kindes jedes Auge mittels zweier Finger ein wenig geöffnet, ein einziges am Glasstäbchen hängendes Tröpfchen einer 2%igen Lösung von salpetersaurem Silber der Hornhaut bis zur Berührung genähert und mitten auf sie fallen gelassen. Jede weitere Berücksichtigung der Augen unterbleibt. Namentlich darf in den nächsten 24—36 Stunden, falls eine leichte Röthung oder Schwellung der Lider mit Schleimabsonderung erfolgen sollte, die Einträufelung nicht wiederholt werden.“ Credé hatte innerhalb drei Jahren bei 1160 Neugeborenen nur einen Fall von Blennorrhöe gleich 1‰ zu verzeichnen. Es ist ja selbstverständlich, dass dieses Verfahren nachgeprüft wurde und eine Reihe späterer Autoren

war in der Lage, ebenso glänzende Resultate nachzuweisen. So hatte L. Königstein, dem das Material der weiland Späth'schen Klinik in Wien zur Verfügung stand, ohne prophylaktische Behandlung 19%, mit Carbollösung 7%, mit Argent. nitric. unter 1250 Neugeborenen nur 9 gleich 0:7% Blennorrhöe. Felsenreich, Bayer, Krukenberg, Fuhrmann hatten ebenso gute, wenn nicht noch bessere Resultate zu verzeichnen. Die Wirkung der Silberlösung beruht auf ihrer Eigenschaft, Eiweissstoffe zur Gerinnung zu bringen, indem sie mit denselben unlösliche Verbindungen eingehen und hat bereits Fuchs darauf hingewiesen, dass Silber etwas in die Tiefe zu wirken im Stande sei, dadurch, dass eine Verschorfung der obersten Lagen des Corneaepithels stattfindet. Wenn auch diese Verschorfung so minimal ist, dass sie an sich von geringer Bedeutung ist, und der Reiz der Höllensteinlösung ohne irgend welche Nachtheile rasch wieder vorübergeht, so hat man in neuester Zeit dennoch den Versuch gemacht, Silberpräparate in die Therapie einzuführen, welche bei specifischer Wirkung gegen Gonokokken die Gewebe nicht reizen und das Epithel nicht angreifen und trotzdem dabei, was gerade bei der Conjunctivalschleimhaut sehr wichtig ist, eine grosse Tiefenwirkung besitzen, um selbst auf die intraepithelial eingelagerten Gonokokken einzuwirken. Diese letzteren Eigenschaften kommen nach den neuesten Berichten verschiedener Autoren in ganz hervorragender Weise dem Protargol zu.

Allerdings gehen die Ansichten über seinen Werth jetzt noch auseinander, und dürfte der Grund der verschiedenen Werthschätzung des Protargols in der ungleichmässigen Zubereitung der in Verwendung zu ziehenden Lösung gelegen sein. Auf letzteren Umstand machte Engelmann aufmerksam, welcher, gestützt auf grosse Erfahrung an der Universitäts-Frauenklinik zu Bonn, das Protargol für die Credé'sche prophylaktische Augeneinträufelung wärmstens empfiehlt. In einem in der Deutschen pharmaceutischen Gesellschaft zu Berlin im Jahre 1901 gehaltenen Vortrag theilte F. Goldmann mit, dass bei der warmen Zubereitung der Protargollösungen eine Oxydation der im Protargol enthaltenen Proteïnkörper stattfinde, weshalb die Benützung von warmem Wasser bei Bereitung von Protargollösungen zu vermeiden sei. In einer erst kürzlich publicirten Arbeit konnte Jesionek, Assistent an der Klinik Poselt in München, durch Parallelversuche an Gonokokkenkranken den Beweis erbringen, dass in allen Fällen, in

welchen warme Protargollösungen zur Verwendung kamen, der Erfolg der Behandlung vollkommen ausblieb, während Abnahme des Secretes, sowie Schwund der Gonokokken in allen jenen Fällen constatirt werden konnte, in denen auf kaltem Wege hergestellte Protargollösungen verwendet wurden. Weiters hat Jesionek gefunden, dass Zusatz von Glycerin zur Protargollösung Reizerscheinungen hervorrufe, mithin zu vermeiden ist. Es ist nothwendig, dass die Protargollösungen immer frisch bereitet werden und nicht, wie dies in Apotheken üblich ist, aus concentrirten, in Vorrath gehaltenen Stammlösungen, die sich im Laufe der Zeit zersetzen, die Verdünnungen hergestellt werden. Behält man diese Gesichtspunkte im Auge, dann wird man nach obcitirten Autoren keinen Misserfolg mit der Anwendung des Protargols aufzuweisen haben. Die ätzende verschorfende und stark reizende Wirkung des Lapis ist auf seinen Gehalt an Salpetersäure zurückzuführen. Den Eiweisssilberverbindungen fehlt diese nachtheilige Wirkung bei gleichzeitiger, ausnehmend hoher antiseptischer Eigenschaft. In letzterem übertrifft wohl das Sublimat alle einschlägigen Präparate, aber die Erfahrung hat gelehrt, dass das Auge nur ganz schwache Lösungen (1: 5000) verträgt und diese dürften zur völligen Zerstörung der Krankheitserreger nicht genügen. Der Lapis versagt niemals und es wird heutzutage wohl kaum einen Geburtshelfer geben, der nicht von dem Erfolge des Credé'schen Verfahrens überzeugt wäre. Wenn das Verfahren trotzdem nicht gewissermassen Gemeingut Aller geworden und das Credé'sche Verfahren nicht obligatorisch bei allen Geburten ohne jede Ausnahme ist, so hat das eben seinen Grund darin, dass einerseits Stimmen laut wurden gegen den Lapis selbst, wegen seiner angeblich schädlichen, nämlich die Epithel verschorfenden und Argentumkatarrh hervorrufenden Wirkung, anderseits eingewendet wurde, dass man den Hebammen die Vornahme des Einträufelns nicht anvertrauen könne, ohne befürchten zu müssen, damit traurige Erfahrungen zu machen. Dass 2%ige Lapislösungen, ins gesunde Auge eingeträufelt, Brennen verursachen und die Neugeborenen den dadurch bewirkten Schmerz durch heftiges Schreien bekunden, ist wohl richtig, ebenso auch, dass leichte Röthung und Schwellung durch Credé hervorgerufen werden kann, aber diese Erscheinungen sind so unbedeutend, dass sie in kürzester Zeit verschwinden.

Die Schmerzensäusserungen der Kinder verschwinden schon

von 24 Stunden. Im Uebrigen lässt sich dies Alles noch durch Application von kalten Umschlägen beschleunigen. Ich selbst habe zu wiederholten Malen bei Neugeborenen, deren Eltern gonorrhöisch inficirt waren, und wo die Möglichkeit einer Infection des Neugeborenen mit Gonorrhöe nahelag, die Einträufelung einer 2%igen Lapislösung durch mehrere Tage vorgenommen, und zwar zweimal täglich, Früh und Abends, ohne einen Schaden angerichtet zu haben. Es kam wohl zu einem leichten Argentumkatarrh, derselbe ging aber nach Sistiren der Lapisinstillationen rasch zurück. In dieser Hinsicht ist die Furcht vor dem Credéschen Verfahren gewiss ganz unberechtigt. Der zweite Umstand, der von massgebender Seite gegen das obligatorische Credé'sche Verfahren ins Treffen geführt wurde, ist die Möglichkeit, durch die Manipulation selbst Schaden anzurichten. Zu rohes Vorgehen von Seite der Hebammen mit dem Stäbchen oder Tropfröhrchen beim Einträufeln waren die Ursache, dass Valenta Stellung nahm gegen die obligatorische prophylaktische Einträufelung von Lapis und er auch an seiner Hebammenklinik den Frequentantinnen die Credé'sche Methode gar nicht lehrte. Ich stehe auf dem Standpunkt, dass die Hebammenschulen eben zu dem Zwecke da sind, Elemente auszubilden, die den Anforderungen der Praxis genügen können. Ein so kleiner Handgriff, wie er dazu erforderlich ist, um einen Tropfen, ohne Schaden anzurichten, ins Auge einzuträufeln, wird wohl jeder Schülerin bei einiger Geduld durch entsprechende Unterweisung und Uebung beizubringen sein. Zum Beweis dessen diene der Umstand, dass die an den Gebärkliniken obligatorisch eingeführte Methode von den sogenannten Schulhebammen in tadelloser Weise ausgeführt wird und ich stimme Steffan bei, der einem Hebammenstande, dem das Credé'sche Verfahren nicht beigebracht und zur Ausführung anvertraut werden kann, jede Existenzberechtigung abspricht. Haab ist ebenfalls der Ansicht, dass eine Hebamme, welche diese einfache Procedur nicht correct vorzunehmen im Stande sei, ihres Amtes enthoben werden sollte, da die Praxis sie oft viel schwierigeren und verantwortungsvolleren Situationen betreffs Leben und Gesundheit von Mutter und Kind gegenüberstelle. Valenta macht weiters den Einwand der Verdunstung der Lapislösung. Durch Anwendung concentrirter Lapislösung ist das Auge thatsächlich gefährdet und es sind Fälle bekannt, wo durch Unachtsamkeit in dieser Richtung Unheil angerichtet wurde.

(Schluss folgt.)

REFERATE.

Interne Medicin.

Ueber den Einfluss des Fettes auf die Aceton- und Säureausscheidung beim Diabetiker. Von Dr. Karl Grube.

Geelmuyden wies zuerst nach, dass im Gegensatze zu der bis dahin bestehenden Ansicht, nach welcher das Aceton ein Zerfallsproduct des Eiweisses sei, das Fett als die Quelle des Acetons anzusehen wäre. Vf. hat über diese Frage Versuche an Diabetikern gemacht. Es handelte sich theils um schwere Fälle von Diabetes, theils um solche, bei denen das Leiden zur Zeit der Beobachtung einen günstigen Verlauf nahm.

Die Versuche ergaben, dass auch beim Diabetiker, sowohl bei der leichten wie bei der schweren Form, die Aceton-, Acetessigsäure- und die Oxydbuttersäure-Ausscheidung durch den Fettgehalt der Nahrung beeinflusst wird. Es zeigte sich ferner, dass Schweinefett in den gegebenen Mengen gar keinen Einfluss auf diese Ausscheidung hatte, dagegen Butter in bedeutenderem Grade und Rahm ebenfalls deutlich, wenn auch weniger ausgesprochen als Butter. Diese Beobachtung stimmt überein mit der von Hagenberg, welcher sogar nach der Zufuhr von Schweinefett eine Verminderung der Acetonausscheidung beobachtete. Schwarz sah ebenfalls nach Butterzufuhr beim Diabetiker eine Vermehrung der Acetonausscheidung, und zwar weist er sowohl wie Hagenberg nach, dass diese Vermehrung auf der Anwesenheit grösserer Mengen von Fettsäure in der Butter, und speciell wieder auf der Buttersäure beruht. Hagenberg konnte bei seinen Versuchen direct nachweisen, dass die Acetonbildung von der Menge der in den Fetten vorhandenen niedrigen Fettsäuren abhängig sei. Wenn nun einerseits beim Diabetiker die Fettzufuhr vermehrend auf die Aceton-, bezw. Säurebildung einwirkt, und anderseits das Aceton und seine Muttersubstanzen (β-Oxybuttersäure-Acetessigsäure) für die Entstehung des diabetischen Komas verantwortlich zu machen sind, so erhebt sich für die Praxis die Frage, ob die Fettzufuhr beim Diabetes, wenigstens bei bestimmten Formen der Erkrankung zu beschränken sei, ob die Fette auch in die Reihe der von dem Diabetiker mit besonderer Vorsicht zu gebrauchenden Nahrungsmittel einzustellen seien. Vf. glaubt, man kann die Frage, ob die

Fette auf den Index zu setzen seien, einstweilen ruhig mit „Nein“ beantworten.

Wenn auch die Fette zur Bildung von Aceton etc. beitragen, so ist doch damit ihre Bedeutung für die Acidosis, d. i. die nach den neuesten Arbeiten dem typischen diabetischen Koma wahrscheinlich zugrunde liegende Stoffwechselstörung, noch nicht genügend festgelegt. Es ist immerhin noch sehr fraglich, ob die mit der Nahrung zugeführte Fettmenge genügt, um schädlich zu wirken. Es muss sich auf alle Fälle bei den ernsten, d. h. zum Koma führenden Fällen der Acidosis um eine Zersetzung der im Körper aufgespeicherten oder aus Eiweiss oder Kohlehydraten abgespaltenen, bezw. gebildeten Fette handeln. Man könnte die Vermuthung aussprechen, ob nicht das Körperfett eher geschont würde, wenn reichlich von aussen Fett zugeführt wird. Will man besonders vorsichtig sein, so kann man ja in Fällen, in denen die Säurebildung hohe Werthe angenommen hat, die Fettzufuhr einschränken, um nicht noch durch die Nahrung die Säuremenge zu vermehren.

In einem Falle wird es sich empfehlen, die Fettzufuhr in niedrigen Grenzen zu halten oder ihr wenigstens so viel Beachtung zu schenken, dass man an Fettsäuren arme Fette nehmen lässt, also z. B. Schinkenfett anstatt Butter. Doch liegt der Grund zu dieser Massnahme mehr auf psychischem Gebiete. Vf. hat in einem Falle gesehen, dass die Acetonurie erst verschwand, als die zugeführte Fettmenge vermindert wurde. Nun hat fast jeder Diabetiker oder wenigstens ein Angehöriger von Acetonurie und der damit verbundenen Gefahr gehört, nicht selten herrschen ganz übertriebene Anschauungen über die Grösse dieser Gefahr. Wenn man nun durch Verminderung der Fettmenge in der Nahrung dieses Symptom beseitigen und dadurch das Gemüth des Kranken und seiner Angehörigen beruhigen kann, so wäre es ein Fehler, das nicht zu thun. Dies ist der einzige Fall, für den einstweilen ein zeitweiliges Fettverbot, bezw. eine Einschränkung aus Gründen der Acetonurie durch Fettzufuhr begründet wäre. Im Uebrigen behalten die Fette für die Nahrung des Diabetikers ihren Werth, bis etwa weitere Untersuchungen uns eines Anderen belehren sollten. Dass es Fälle gibt, in denen Fette nicht gut vertragen werden, wenigstens nicht in grossen Mengen, und bei denen durch dieselben Verdauungsstörungen und damit selbst ernste Verschlimmerungen hervorgerufen werden können, hat mit der vorliegenden Frage direct nichts zu thun. — (Zeitschr. f. diätet. u. physik. Therapie, H. 2, 1902.)

Ueber Gicht und ihre Behandlung mit Chinasäure. Von Dr. Huber und Dr. Lichtenstein. (Medic. Universitätsklinik zu Berlin: Prof. v. Leyden.)

Die Untersuchungen wurden an der Klinik gemacht, um die Wirkung der reinen Chinasäure sicherer beurtheilen zu können, mit Chinasäureanhydrit, das unter dem Namen Neu-Sidonal von den Vereinigten chemischen Werken zu Charlottenburg in den Handel gebracht wird.

Das Mittel wurde in fünf Fällen von Gicht in Tagesdosen von 10·0 angewendet, durchweg mit recht gutem Erfolg, indem die Schmerzen bedeutend gemildert wurden oder schnell ganz verschwanden. Besonders deutlich war der Erfolg bei einem Patienten, der im Krankenhaus seinen ersten, heftigen Anfall bekam. Er erhielt drei Tage Neu-Sidonal, worauf die Schmerzhaftigkeit und Anschwellung der ergriffenen Gelenke fast ganz verschwand. Nach dem Aussetzen traten sofort wieder stärkere Schmerzen auf, die erst nach neuer Anwendung des Mittels ganz verschwanden. Bei einem Patienten, der hochgradige gichtische Veränderungen an fast allen Gelenken hatte und an häufigen und langandauernden Anfällen litt, verschwanden unter dem Gebrauch von Neu-Sidonal die Schmerzen durchaus nicht immer ganz, wurden aber bedeutend gebessert. Auch sind nach mehrmaliger, periodenweiser Anwendung von Neu-Sidonal die vorher häufig auftretenden Anfälle auf zwei Monate ganz verschwunden. Die Patienten erhielten die gewöhnliche Charitékost mit Fleisch. Untersuchungen von vier Patienten haben ergeben, dass die Chinasäure unbedingt eine Harnsäureausscheidung verringernde Wirkung hat.

Was die Wirkung der Chinasäure anlangt, so darf man zur Erklärung eine Störung der synthetischen Harnsäurebildung nicht annehmen. Dass es sich nicht um einfache Retention der Harnsäure handelt, beweisen die klinischen, günstigen Erfolge und namentlich die Versuche von Richter an Vögeln. Richter zeigte, dass bei Tauben durch Behandlung mit chromsaurem Kali Harnsäureablagerungen hervorgerufen werden können, dass aber bei gleichzeitiger Behandlung mit Chinasäure das Auftreten dieser Ablagerungen stets verhindert wird.

Dass keine Hyperleukocytose durch Chinasäure verursacht wird, wurde durch zahlreiche Zählungen festgestellt. Es bleibt nun noch die Möglichkeit, dass Harnsäure zerstört wird, oder dass weniger Harnsäure gebildet wird. Für erstere Möglichkeit sind

keine Anhaltspunkte, zumal es nach neueren Untersuchungen sehr fraglich geworden ist, ob circulirende Harnsäure überhaupt in nennenswerther Menge im menschlichen Körper zerstört wird. Es ist wahrscheinlich, dass die Chinasäure den Stoffwechsel derart beeinflusst, dass beim Abbau der Nucleïne gegenüber der Norm ein geringer Theil der Purinkörper zu Harnsäure verarbeitet, und ein grösserer Theil zerstört wird. Und da die Bildung der Harnsäure an die Function gewisser Organe, besonders der Leber, gebunden zu sein scheint, so darf vielleicht eine specifische Wirkung auf diese Organe angenommen werden.

Die Chinasäure ist demnach ein theoretisch begründetes Mittel für die Behandlung der Gicht und hat sich klinisch in zahlreichen Fällen gut bewährt. Zur Anwendung der Chinasäure ist das Anhydrid (Neu-Sidonal) am geeignetsten, da dies nicht den stark sauren Geschmack der Säure hat. Die Verbindungen mit sogenannten harnsäurelösenden Mitteln, wie Piperazin, Lysidin u. a. sind weniger zu empfehlen, da diese Mittel im Körper eine harnsäurelösende Wirkung nicht entfalten können. Beim Zusammenbringen einer Säure mit mehreren Basen fällt aus der Lösung immer das Salz zuerst aus, das am schwersten löslich ist, und es nützt nichts, wenn neben der Harnsäure Basen vorhanden sind, deren Salze leichter löslich sind. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28, 1902.)

Die Behandlung des Morbus Brightii. Von William Hale White.

Bei acuter Nephritis muss der Patient unbedingt zu Bette bleiben, bis das Eiweiss eine Woche hindurch aus dem Urin verschwunden ist. Die Diät soll ausschliesslich in Milch bestehen, von der etwa 2 l täglich gereicht werden; gegen Wasser ist nichts einzuwenden, doch soll dessen täglich gegebene Menge neben der Milchdiät nicht 1 l überschreiten; Alkohol ist schädlich; als Diureticum wird täglich viermal 1 g Kaliumacetat gegeben. Der Darm wird durch Abführmittel offen gehalten, von denen Jalappa und Scammonium des Abends vorher, Magnesiumsulphat des Morgens zu nehmen sind. Jeden Abend bekommt der Kranke ein heisses Bad und wird hinterher in warme Laken gehüllt; verträgt er diese Proceduren nicht, so soll er wenigstens ein Heiss-Luftbad von 15 Minuten Dauer mit nachfolgender nasser Einpackung für 20 Minuten nehmen.

Von Schlafmitteln sind die Opiate zu verwerfen, ebenso Sulfonal, Trional, am besten ist Chloralamid 1—2 g, in etwas

Spiritus aufgelöst. Diese Behandlung soll so lange durchgeführt werden, bis das Eiweiss verschwunden, oder 4—6 Wochen constant geblieben ist; in letzterem Falle ist der Kranke wahrscheinlich unheilbar. Als Nachcur ist ein Aufenthalt in Aegypten sehr zu empfehlen; doch sind die Abende dort oft gefährlich kalt, namentlich auf dem Nil; man muss deshalb stets warme Decken mitnehmen und bei Sonnenuntergang sich ins Zimmer zurückziehen.

Chronische parenchymatöse Nephritis ist meist unheilbar, doch können die Patienten gelegentlich noch viele Jahre bei Anwendung grösster Schonung leben. Hautödem wird zunächst wieder durch Bettruhe und Abführmittel behandelt. Nöthigenfalls folgt die Acupunctur: das betreffende Bein erhält zunächst einen Sublimatumschlag für 12 Stunden, dann werden mit einer dreieckigen Nadel mehrere Stiche angelegt und diese antiseptisch verbunden; das Kopfende des Bettes wird etwas hochgestellt, damit die Flüssigkeit aus den Beinen besser abfliesst. Wassertrinken ist erlaubt; reine Milch-Diät ist unzweckmässig und erschlaffend, etwas Fleisch und Brot ist besser.

Die chronische interstitielle Nephritis ist ebenfalls unheilbar, kann aber bei grosser Vorsicht viele Jahre lang ertragen werden. Auch hier steht die Hautpflege im Vordergrund: also täglich warme Bäder, wollene oder flanellene Unterkleider, Vermeidung jeder plötzlichen Hautabkühlung. Die Diät soll so sein, wie in gesunden Tagen, nur müssen die Mahlzeiten klein sein und auf den Tag vertheilt werden; Vf. kennt einen Fall, der nach vierwöchiger Kohlehydrat-Diät Urämie bekam und unter Fleisch-Diät genas; also Fleisch-Diät ist durchaus nicht, wie das oft irrthümlich angenommen wird, schädlich. Ueberhaupt ist jede Bestrebung, den Eiweissgehalt des Urins durch Herabsetzung des Nahrungseiweisses zu vermindern, widersinnig. Milch-Diät ist zu gleichmässig und führt zu Verstopfung.

Die Behandlung der Urämie erfordert zunächst tägliches Purgiren; ist der Kranke bewusstlos, so gibt man ihm etwas Butter mit 1—2 Tropfen Krotonöl auf die Zunge. In schweren Fällen wird sogleich 1 cg Pilocarpin nitr. subcutan gegeben, dann trinkt der Kranke etwas Thee und schwitzt; der Aderlass wirkt ausgezeichnet. Gegen Kopfschmerz dient ebenfalls ein Purgans, namentlich nach einem heissen Bade; auch Coffeïn, bezw. eine Tasse starken Thee mit

etwas Nitroglycerin thut gut. Bei Krämpfen ist Morphium unentbehrlich; gegen urämische Schlaflosigkeit dient Chloralamid, gegen Dyspnöe Amylnitrit. — (The practitioner; Deutsche Aerzte-Ztg. H. 8, 1902.)

Ein neueres Hypnoticum: Das Hedonal. Von Dr. Alexander Marberger. (Spital der Budapester Poliklinik: Prof. Dr. Julius Erõss.)

Vf. hat das Hedonal in allen Fällen von Schlaflosigkeit versucht, auch in den durch Operationen, Chloroform-Narkose verursachten Fällen von Insomnie. Das Mittel wurde in allen Fällen von Schlaflosigkeit verabreicht, ob das Leiden gleichzeitig mit hohem Fieber, Erbrechen oder Schwäche verbunden war oder solche organische Veränderungen zeigte, bei welchen man die pharmakologische Wirkung des Hedonals berücksichtigen hätte müssen. Das Hedonal hat sich als ein Hypnoticum bewährt, dessen Darreichung innerhalb weiter Grenzen sich bewegen und welches die längste Zeit hindurch gegeben werden kann, ohne dass der Organismus nur den geringsten Nachtheil verspüren würde. Es wird von den Patienten stets gerne genommen. Der Darreichung des Hedonals stehen keine Gegenindicationen gegenüber, wie solche sich so häufig beim Chloralhydrat und dessen Derivaten ergeben infolge des Umstandes, dass sie den Blutdruck herabsetzen und die Herzthätigkeit deprimiren. Jene Gefahr, welche sich in der Toxicität der Sulfonalgruppe zu manifestiren pflegt, insbesonders durch die cumulative Wirkung, welche bei längerem Gebrauche erscheint, ist ausgeschlossen. Erhöhung der Diurese wurde bei Hedonal nicht beobachtet. Die Hauptindication gibt die einfache Schlaflosigkeit auf neurasthenischer und hysterischer Grundlage; mit vollkommen zufriedenstellendem Erfolge wurde das Mittel auch Phthisikern, Herz- und Nierenleidenden gereicht. Gegen organische, hauptsächlich durch schmerzhafte Entzündungen hervorgerufene Schlaflosigkeit war mit Hedonal allein ein geringer Erfolg zu verzeichnen; mehr wurde erreicht, wenn Hedonal mit Aspirin, Pyramidon combinirt gegeben wurde, ebenso, wo intensivere neuralgiforme Schmerzen die Ursache der Schlaflosigkeit abgaben. Bei derartiger Schlaflosigkeit sichert nur das Morphium absolute Ruhe. Auffallendere Wirkung und Berechtigung hat das Hedonal in der Chirurgie, bei Schlaflosigkeit vor und nach der Operation; auch Hedonal mit Pyramidon oder Trional combinirt. Das Hedonal wurde in der Regel in Gaben von 1·0—2·0 g in Pulverform

in Oblaten verabreicht. — (Pest. med. chirurg. Presse Nr. 51, 52, 1901.)

Ueber die Anwendung des Kamphers bei Morphium-Entziehung. Von Julius Hofmann. (Sanatorium Schloss Marbach am Bodensee.)

Bei Versuchen, die Vf. anstellte, um die Wirkungen verschiedener Arzneien auf die Herzfunction zu prüfen, erzielte er u. A. beim Kampher eine herzverkleinernde, blutdrucksteigernde, bei Morphium eine herzvergrössernde, blutdruckerniedrigende Wirkung. Die Versuche wurden möglichst an normalen, gesunden Personen angestellt. Der Morphinist reagirt auf die Injection umgekehrt, von ihm wird scheinbar das Narkoticum im Grossen und Ganzen zur Belebung angewandt. Vf. konnte auch sehr häufig bei den Abstinenzerscheinungen der zu entziehenden Morphinisten die Beobachtung machen, dass während der Abstinenz Herzdilatationen auftraten, die stets auf eine Morphiuminjection prompt zurückgingen. Gestützt auf diese Beobachtung und die experimentellen Erfahrungen, schlug Hornung bei einer Entwöhnung, durch die der betreffende Patient innerhalb 10 Tagen von 0·6 auf 0·0 Morphium gebracht werden musste, vor, Kampherinjectionen anzuwenden, und der Erfolg war ein überraschender. Nicht nur die heftigen Abstinenzerscheinungen, die einen lebensgefährlichen Anblick darboten — Patient war Herzmuskelinsufficient und bekam bei der raschen Reducirung kolossale Dilatationen — wurden wesentlich gemildert, sondern auch die Hypnose, deren Vf. sich bei dem Patienten zur Schlafsuggestion bediente, wurde erheblich erleichtert.

Vf. gibt den Kampher innerlich 0·5 zwei- bis dreimal täglich. Fügt man dann noch zu dieser Behandlung drei- bis viermal täglich zehn bis fünfzehn Tropfen Validol, eines ausgezeichneten Erfrischungsmittels, so kann man das Befinden eines Morphinisten bei der Entziehung ganz erträglich gestalten. — (Therap. Monatsh. Nr. 7, 1902.)

Die Behandlung des Magengeschwürs. Von Prof. Dr. Wilhelm Fleiner. (Schluss.)

Die alten Magengeschwüre mit schwieligem Grunde und wallartigem, buchtigem Rande heilen viel schwerer als frische, und ist zu ihrer Heilung eine längere Zeit und neben Ruhe und Diät auch noch die symptomatische Behandlung der besonders ausgesprochenen Reizerscheinungen nothwendig. Ist Grund, anzunehmen, dass es, auch bei mildester Diät, Speisereste sind, welche, auf dem

contractionsunfähigen Geschwürsgrunde liegen bleibend, diesen reizen und Schmerzen, Saftsecretion und Brechreiz unterhalten, so muss man diese Speisereste zu entfernen suchen. Manchmal durch natürliche Spülung des Magens, das ist durch Trinken eines natürlichen alkalischen, kohlensäurearmen Mineralwassers (Vichy, Vals, Biliner Sauerbrunnen und Karlsbader oder einer entsprechend hergestellten Salzlösung) oder aber durch die künstliche Magenspülung mit Hilfe des Magenschlauches. Die letztere ist viel wirksamer als die erstere.

Patienten mit der Neigung zu Blutungen und solche, welche etwa 2—3 Monate zuvor eine stärkere Blutung erlitten haben, eignen sich nicht zu Magenspülungen. In allen Fällen ist aber grosse Vorsicht und Sicherheit in der Technik nöthig, vor allen Dingen muss jede Ueberdehnung des kranken Magens vermieden werden; man giesst also jeweils nur 250—300 cm³ Spülflüssigkeit in den Trichter und hält den letzteren nie über Kopfhöhe des Patienten.

Ist der Magen reingespült, so kann man auf die kranke Magenschleimhaut und auf das Geschwür Arzneimittel direct einwirken lassen.

Vom Granuliren des Geschwüres hängt der Heilerfolg jeder Geschwürscur ab; sowie die Geschwürsfläche mit Granulationen bedeckt ist, hören auch die Beschwerden auf. Sie fangen aber sofort wieder an, wenn die schützende Granulationsschicht so lädirt oder zerstört worden ist, dass ein grösserer oder kleinerer Theil des Geschwürsgrundes frei zu liegen kommt.

Auf dem fibrösen Boden alter Geschwüre sind die Granulationen schlecht ernährt und wenig widerstandsfähig; sie sind deshalb sehr vulnerabel und erliegen leicht der verdauenden Wirkung eines kräftigen Magensaftes.

Von solchen Erwägungen ausgehend, hat Kussmaul mit Hilfe der Magensonde grosse Mengen von Bismuth. subnitric. in die erkrankte Region des Magens gebracht, damit die zu Reizerscheinungen Anlass gebende Stelle mit einer Schutzdecke von Wismuth überlagert und von der Berührung mit dem Mageninhalte abgeschlossen wird. Die Methode der Wismuthbehandlung führt Vf. so aus, dass er im Anschlusse an die Spülung des nüchternen Magens, wenn das letzte Spülwasser klar abgeflossen ist und nicht mehr sauer reagirt, 10—15—20 g Bismuth. subnitr. mit 150—200 cm³

lauem Wasser gut verrührt in den Trichter giesst und durch den Schlauch in den Magen hinabfliessen lässt. Während Trichter und Schlauch sich entleeren, zieht man den letzteren vorsichtig heraus und lässt dann den Kranken gleich eine passende Lagerung einnehmen, etwa die rechte Seitenlage, wenn das Geschwür in der Pars pylorica, oder die Rückenlage, wenn man das Geschwür an der kleinen Curvatur oder an der hinteren Magenwand vermuthet, damit die Hauptmasse des Wismuths sich auf den betreffenden Stellen niederschlage. Unter Umständen könnte auch die linke Seitenlage, die Bauchlage oder aufrechtes Sitzen nach der Wismutheingiessung in Frage kommen. Eine halbe Stunde verharren die Patienten in der vorgeschriebenen Stellung und erhalten dann ihr Frühstück.

Die schmerzstillende Wirkung des Wismuthbelages findet ihre Erklärung darin, dass die sensiblen Nervenendigungen am Geschwürsgrunde einen mechanischen Schutz gegen die Aetzwirkung des Magensaftes und gegen sonstige Insulte erhalten haben. Aehnlich verhält es sich mit den motorischen und secretorischen Nervenapparaten, denn es wurden auch gesteigerte peristaltische Bewegungen und peristaltische Unruhe, Pyloruskrämpfe, Würgbewegungen, Hochkommen saurer Massen, Pyrosis und Erbrechen durch das Wismuth unterdrückt und zum Schwinden gebracht. Häufig gelang es auch, aber nicht immer, die übermässige Abscheidung von HCl von 4 ‰ und 3 ‰ auf 1 ‰ und noch weiter herabzudrücken und continuirliche Saftsecretion zum Verschwinden zu bringen. Hier wäre noch die Wirkung des von Riegel empfohlenen Atropins mit derjenigen des Bismuths zu vereinigen. Vf. glaubt, aus klinischen Beobachtungen auch darauf schliessen zu dürfen, dass durch Wismuth im Magen die Kohlehydratgährung aufgehoben oder wenigstens eingeschränkt würde.

In Fällen, wo Magenspülungen unnöthig oder contraindicirt waren, liess Vf. Wismuthsuspensionen (10—20 g Bismuth. subnitr. in einem Glase warmen Wassers gerührt) trinken, und zwar Früh nüchtern, nachdem $^3/_4$—1 Stunde zuvor der Magen durch den Genuss von circa 150 g Karlsbader- oder Vichywasser gereinigt worden war. Auch bei allen Magengeschwüren, auch bei frischen, jugendlichen Individuen, welche durch strenge Ruhe- und Diäteuren allein zur Heilung zu kommen pflegen, ohne dass es besonderer Medicamente bedürfte, hat Vf. vom Wismuth Gebrauch gemacht, wenn

in den Perioden des Ueberganges von der flüssigen zur breiigen Kost oder von dieser zu festerer Nahrung irgendwelche Störungen auftraten, wie z. B. Schmerzen oder stärkere Säurebildung. Ist es gelungen, die Beschwerden zu unterdrücken und sie fern zu halten, so kann man es versuchen, die täglichen Wismuthgaben zu reduciren auf etwa 10 g und nach und nach auch auf 5 g oder noch weniger, und endlich probeweise das Wismuth nur einen um den anderen Tag geben. Zeigt es sich, dass auch an den wismuthfreien Tagen keine Beschwerden sich mehr einstellen, so macht man grössere Pausen und hört endlich ganz mit der Medication auf. Eine vorsichtige und zweckentsprechende Diät muss aber noch monatelang fortgesetzt werden.

Die verstopfende Wirkung des Wismuths wird am zweckmässigsten mit Wasser- oder Oelklystieren bekämpft oder man beugt einer etwaigen Koprostase durch alltäglich während der Geschwürscur zu applicirende Einläufe von Anfang an vor.

Ein einziges Mal hat das Wismuth unter Tausenden von Anwendungen zu Concrementbildung in einer Nebenhöhle des Magens geführt, welche nach der Perforation eines gewaltigen Magengeschwüres im Pankreaskopfe entstanden war.

Bei profusen Blutungen ist der erste therapeutische Grundsatz: absolute Ruhe in horizontaler Lagerung und Enthaltung von jeder Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zum Magen. Auch in der Umgebung des Kranken muss für absolute Ruhe gesorgt und jede ängstliche Polypragmasie vermieden werden. Ist der Kranke richtig gelagert — Kopf tief — und hat man ihm einen Eisbeutel auf den Magen gelegt, ihm im Nothfalle auch die Extremitäten ligirt, so setzt man eine erfahrene Wärterin, oder besser noch, sich selbst als Beruhigungsmittel stillschweigend ans Krankenbett und hält den Puls zur Controle in der Hand. Ein Eisstückchen von Zeit zu Zeit dem Patienten in den Mund gegeben, wirkt wohlthuend, durststillend und benimmt den schlechten Geschmack im Munde. Eine subcutane Injection von Ergotin oder die Einspritzung dieses Mittels in den Darm (20—30 Tropfen Ergotin dialysat. auf circa 30 g lauwarmes Wasser) kann versucht werden; auch Kampheräther oder Kampheröl muss man zur Hand haben, um durch subcutane Injectionen einer Schwächeanwandlung und Ohnmacht zu begegnen. Nach einiger Zeit — 1—2 Stunden — löst man die Ligaturen der Extremitäten, von einer zur anderen zuwartend, den schlecht

gefüllten Gefässen führt man Flüssigkeit zu in Form von Klystieren zu 200—300 cm^3 lauer $^1/_2$%iger Kochsalzlösung oder schwach gesalzener Fleischbrühe, die man zwei- bis dreimal am Tage wiederholen kann. Droht Collaps, so setzt man diesen Klystieren $^1/_4$—$^1/_3$ Volum. Weisswein zu. Als zweckmässiges Blutstillungsmittel löst man in den zum Klystier verwendeten Flüssigkeiten einige Lamellen weisser Gelatine (10—20 g per Klysma). Hat man sterile Lösungen zur Hand, so kann man die 0·6%ige Kochsalzlösung oder die 2—10%ige Kochsalzgelatinelösung subcutan injiciren, erstere bei Lebensgefahr auch intravenös unter streng aseptischen Cautelen.

Hört die Blutung auf, so beginnt man nach einigen Tagen völliger Abstinenz, den Patienten nach den für frische Magengeschwüre erwähnten diätetischen Grundsätzen mit Milch und gelatinehaltigem Gelée langsam zu ernähren. Die strenge Ruhe und Hungercur ist das beste Vorbeugungsmittel für erneute Blutungen; auch das Trinken einer Wismuthsuspension.

Einen operativen Eingriff hält Vf. für angezeigt in erster Linie bei der narbigen Pylorusstenose und allen von ihr abhängigen Folgezuständen, z. B. die Magenerweiterung, motorische Insufficienz, Pylorusspasmen, Hypersecretion, Ueberdehnung des Magens und damit verbundene Neigung zu Blutungen, Hyperemesis und Tetanie; dann bei den durch Narben und perigastrische Verwachsungen und Schwielen gebildeten Formanomalien und Motilitätsstörungen des Magens. Das Magengeschwür als solches bildet eine Indication zur Operation nur dann, wenn es am Pylorus sitzt, gleichgiltig, ob es sich um ein frisches oder altes Geschwür handelt. Zweck der Operation ist hier, den Folgen der mit der Narbenbildung zunehmenden Stenosirung des Pförtners vorzubeugen. Auch alte Geschwüre an anderen Stellen des Magens mit schlechter Heilungstendenz, die trotz einwandfreier interner Behandlung oft recidiviren und zu Blutungen neigen, legen den Gedanken an eine prophylaktische Operation nahe. In letzter Linie bilden lebensgefährliche Blutungen und manche Perforationen die Indication zur Operation beim Magengeschwür. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22—24, 1902.)

Chirurgie.

Zur operativen Behandlung der Perityphlitis. Von Prof. Dr. Rinne.

Die Divergenz der Meinungen, die unter den Chirurgen selbst über die operative Behandlung der Perityphlitis besteht, ist für den praktischen Arzt sehr misslich, wenn er sich entscheiden soll, ob ein ihm anvertrauter Fall noch weiter intern behandelt, oder dem Chirurgen überliefert werden soll. Die Eintheilung von Sonnenburg in Appendicitis gangraenosa, perforativa, simplex mit und ohne Complication etc., so richtig sie vom wissenschaftlichen Standpunkte aus ist, erscheint dem Vf. nicht geeignet, um dem praktischen Arzt diese Entscheidung zu erleichtern.

In Bezug auf die Frage der Operation theilt Vf. auf Grund von langjähriger Erfahrung die Fälle ein, in leichte und schwere. Als leichte werden die klinisch gutartig verlaufenden angesehen, die zwar mit Schmerzen, eventuell mit Erbrechen und Ueblichkeiten anfangen, aber das Allgemeinbefinden nicht stören; Puls und Aussehen sind gut. Diese Fälle werden weder im, noch nach dem ersten Anfall operirt, sie verlaufen meistentheils ohne Operation gut; erst wenn ein Recidiv kommt, räth Vf. zur Operation.

Bei allen schweren Fällen, die Eiterung vermuthen lassen, die mit länger dauernden Schmerzen, Fieber, Tumor, peritonitischer Reizung und wesentlicher Alteration des Allgemeinbefindens einhergehen, operirt Vf. sofort. Am wichtigsten für die Beurtheilung des Falles erscheint ihm der Puls, und zwar weniger die Frequenz als die Qualität desselben und das Aussehen und der Gesammteindruck des Patienten. Ein schneller, weicher Puls und ein blasses, verfallenes Aussehen deuten auf die Gefahr einer allgemeinen Peritonitis, während heftiger Schmerz, hohes Fieber, gespannter, voller Puls und fühlbares Exsudat auf einen abgekapselten Entzündungsherd hindeuten.

Nach diesen Grundsätzen hat Vf. 155 Fälle behandelt, darunter 48 leichte Fälle. Von diesen wurden 27 im Intervall operirt und genasen; 21 kamen nach dem ersten Anfall nicht mehr in Behandlung. In 107 Fällen handelte es sich um verschiedene Grade der septisch-eitrigen Entzündung. In 64 Fällen bestand Gangrän oder Perforation des Appendix mit umschriebenem Abscess, respective umschriebener Peritonitis; sie wurden

sämmtlich sofort operirt und heilten ohne Ausnahme. Von den 43 Fällen mit allgemeiner Peritonitis starben 15, die an acut septischer Peritonitis litten (mit oder ohne Operation); von 28 Fällen mit progredienter fibrinös-eitriger Peritonitis genasen nach der Operation 18. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28, 1902.)

Ein neuer Deckverband. Von Dr. Karl Springer.

Vf. schlägt vor, an Stelle des gefirnissten Seitentaffets und der anderen mit Kautschuk oder Fetten imprägnirten Stoffe, die bei plastischen Operationen auf die Wunde gelegt werden, um das Ankleben der Verbandstoffe an die Wunde oder die transplantirten Lappen zu verhindern, erstarrtes Paraffin zu benützen. Zu diesem Zwecke wird ein kleines Stück Paraffin von 45—47° C. Schmelzpunkt in ein Gefäss mit siedendem Wasser gethan, wo es bald zerfliesst. Behufs sicherer Sterilisirung des Paraffins wird das Wasser 10 Minuten lang gekocht. Beim Erkalten des Wassers auf 40° erstarrt das Paraffin als dünne Kruste an der Oberfläche des Wassers und wird dann mit einer glühenden Nadel durchlöchert, und zuletzt mit einer Scheere in Stücke geschnitten. Auf die Nahtlinie aufgelegt, verhindert die Paraffinschichte das Ankleben der Gaze sicher, ohne den Abfluss der Secrete zu hindern.

Hinsichtlich der Dicke der Paraffinschichte ist es Sache der Uebung, dieselbe nach Wunsch zu erzielen. Für 50 cm² Wasserfläche genügen 1—2 cm Paraffin. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 24, 1902.)

Eine operative Heilung von Gastritis phlegmonosa diffusa. Von Dr. Lengemann.

Alle bisher veröffentlichten Fälle von Magenphlegmone endeten tödtlich. Die übliche Therapie war symptomatisch und bestand nach Boas in Eisbeutel auf die Magengegend, Eispillen innerlich, Opiaten zu Suppositorien, Morphin und Codeïn subcutan. Chinin gegen das Fieber und Stimulantien. Nur bei Entwicklung einer eitrigen Geschwulst in der Magengegend erscheint ihm ein operativer Eingriff (Eröffnung des Abscesses) zulässig.

In dem vom Vf. veröffentlichten Falle, der auf der Klinik von Mikulicz beobachtet wurde, ist auf die Ausbildung des Abscesses nicht gewartet, sondern die Operation im Stadium der diffusen phlegmonösen Infiltration ausgeführt worden.

Es handelte sich um ein 18jähriges Mädchen, bei welchem die Diagnose auf perforirtes Ulcus ventriculi lautete. Bei der

von Mikulicz vorgenommenen Operation fand sich die vordere Wand des Magens mit fibrinösen Belegen bedeckt, die Wand selbst war verdickt, ödematös und in einer Ausdehnung von einer Handfläche lebhaft geröthet; innerhalb dieser rothen Partie fanden sich zwei graue Flecken von unregelmässiger Begrenzung. Die entzündete Partie des Magens war gegen die freie Bauchhöhle durch Adhäsionen nicht abgegrenzt. In der Peritonealhöhle fand sich eine geringe Menge trüb-seröser Flüssigkeit, die sorgfältig ausgetupft wurde, worauf dann die Bauchhöhle mit warmer Kochsalzlösung mehrmals ausgespült wurde. Die phlegmonöse Partie der Magenwand, an der man nirgends eine Perforation fand, wurde mit einem Jodoformgazetampon bedeckt; drei sterile Tampons wurden in die Bauchhöhle eingeführt; Verband, feuchtwarmer Umschlag.

Der Verlauf war trotz einiger Complicationen ein günstiger; es trat kein Erbrechen mehr auf; durch die Tamponade ist es gelungen, dem Fortschreiten des entzündlichen Processes Einhalt zu thun, wofür der Abfall der Temperatur am vierten Tage sprach.

Patientin wurde nach zehn Wochen geheilt entlassen; Darm- und Magenverhältnisse waren, so weit zu beurtheilen möglich war, normal. — (Mitth. aus d. Grenzgeb. der Med. und Chir., Bd. 9, H. 4 und 5.)

Zur Frage der Dauerheilungen des Krebses. Von Dr. A. Labhardt.

Der verbesserten Technik ist es gelungen, selbst nach sehr schwierigen und ausgedehnten Carcinomoperationen die Anzahl der Todesfälle zu reduciren und anderseits auch die Zahl der Recidiven zu vermindern.

Um sich Klarheit über die Häufigkeit der Spätrecidiven (nach dem dritten Jahre) zu verschaffen, hat Vf. die auf der Klinik des Prof. Garré an Carcinom Operirten nachuntersucht und war in der Lage, aus den Befunden folgende Schlussfolgerungen zu ziehen: 1. Von den an Carcinom operirten Patienten, die gesund in das vierte Jahr nach der Operation eingetreten sind, erkrankt noch ein erheblicher Procentsatz an Recidiven, und zwar meist an Narbenrecidiv. 2. Diejenigen Carcinome, die am meisten zu Spätrecidiven neigen, sind die, die an und für sich einen langsameren, relativ benignen Verlauf haben, d. h. die Skirrhen. 3. Die Spätrecidive verdanken ihre Entstehung Theilen der Geschwulst, die

bei der ersten Operation zurückgelassen wurden. 4. Jemand, der einmal an Carcinom operirt wurde, bleibt für die Dauer seines Lebens in Gefahr, ein Recidiv zu bekommen. Allerdings nimmt die Wahrscheinlichkeit mit den Jahren immer mehr ab. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 33, H. 3.)

Ueber Pasten- und Salbenverbände. Von Docent Dr. B. Honsell.

Die Erwartungen, die an die Verwendung der Bruns'schen Pasta (Airol 5·0, Mucil. Gummi arab., Glycerini aa 10·0 Bol. alb. qu. s. ut fiat pasta mollis) als Deckverband genähter Wunden geknüpft wurden, sind in vollem Masse in Erfüllung gegangen. Die Pasta steht seit längerer Zeit an der Tübinger chirurgischen Klinik in Verwendung, und ihre Vorzüge werden vom Vf. folgendermassen geschildert: Dank ihrer hygroskopischen Eigenschaften hält die Pasta die Wunden trocken und verhindert die Secretretention. Da sie als unverrückbare und continuirliche Schicht der Hautoberfläche anliegt, bildet sie eine Art Schiene für die Nahtlinie, sie verhindert, dass Verunreinigungen von der Nähe der Wunde in die Stichcanäle hereingeschoben werden können, und sie macht es von aussen her eindringenden Flüssigkeiten, wie Urin, Mageninhalt, Koth etc. unmöglich, in Berührung mit der Wunde zu kommen. Die Pasta wirkt auch, wie bacteriologische Versuche gezeigt haben, in hohem Grade antiseptisch. Der Ersatz der Airolpasta durch eine reine Kaolinpasta zeigte, dass durch die letztere Stichcanaleiterungen nicht in dem Masse verhindert werden, wie durch die Airolpasta. Hingegen blieb als dauernder Nachtheil der Airolpasta der Umstand, dass sie in Zinntuben aseptisch nicht aufbewahrt werden konnte, da sie das Metall angreift und selbst zersetzt wird. Die verschiedensten Versuche, die an der Klinik v. Bruns' mit anderen Antisepticis vorgenommen wurden, führten zu dem Resultate, dass nur Xeroform und Vioform den Anforderungen an die Antisepsis genügen und die aus ihnen dargestellten Pasten die Aufbewahrung in Zinntuben längere Zeit vertragen. Die Zusammensetzung der Vioformpasta ist dieselbe wie bei der Herstellung aus Airol, hingegen macht Xeroformzusatz die Pasta etwas fester, was aber durch entsprechende Verminderung des Bolus oder Vermehrung des Glycerins ausgeglichen werden kann.

Die weiteren Untersuchungen des Vf. erstrecken sich auf den Werth des aseptischen und antiseptischen Salbenverbandes.

Als bester Salbenverband hat sich der Lanolinverband bewährt, da das Lanolin vollständig aseptisch ist und ausserdem noch einen schlechten Boden für Bacterien abgibt und schliesslich die Eigenschaft hat, die Secrete durchzulassen und daher ihr Aufsaugen durch die Verbandstoffe zu ermöglichen.

Die Indication für den aseptischen Lanolinverband war in den Fällen gegeben, in welchen ein feuchter Verband eigentlich wünschenswerth war, jedoch wegen der gleichzeitig nothwendigen Ruhelagerung oder der Schmerzen der Verband nicht täglich erneuert werden konnte. Der Lanolinverband entsprach vollständig beiden Indicationen, da er die Secrete in die Verbandstoffe leitete und einige Tage liegen bleiben konnte. Weiters wurde der aseptische Lanolinverband benützt, wenn durch die feuchten Verbände Reizung und Maceration der Haut eingetreten war, und endlich auch bei allen gereinigten, flächenhaften Granulationen, um ein Ankleben der Verbandstoffe an der Unterlage zu verhindern.

Von antiseptischen Salben hat sich für die Wundbehandlung die Sublimat-Lanolinsalbe (Lanolin. anhydr. 80·0, Sublimatlösung [5%] 20·0) am besten bewährt, da ihre antiseptischen Qualitäten die anderer antibacterieller Salben bei weitem überragen, weiters die Salbe auch in Gegenwart von Eiweiss nicht unwirksam wird und schliesslich auch, wie Versuche zeigten, eine Dauerwirkung besitzt. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 33, H. 3.)

Der erste Verband auf dem Schlachtfelde. Von Prof. v. Bruns.

Der Krieg in Südafrika hat grosse Ueberraschungen auf dem Gebiete der Kriegschirurgie gebracht. Alle Beobachter waren erstaunt über die grosse Neigung der Schusswunden, auf raschem Wege ohne Eiterung sich zu schliessen: die Hautöffnungen verkleben oder bedecken sich mit einem trockenen Blutschorfe, unter dem die Heilung glatt erfolgt. So sah man einfache Weichtheilwunden unter dem ersten Verband in 14 Tagen sich schliessen und ebenso Knochen- und Gelenksschüsse ohne Eiterung zur Heilung gelangen.

Eine solche günstige Heilungstendenz setzt den aseptischen Charakter der Wunden voraus und wird von allen Beobachtern auf das kleine Caliber der Mantelgeschosse zurückgeführt. Die Kleinheit der Hautwunden verleiht ihnen den Charakter von subcutanen Verletzungen.

Wenn also die durch kleincalibrige Mantelgeschosse erzeugten Fernschüsse im klinischen Sinne aseptische Wunden erzeugen, erscheint es als die wichtigste Aufgabe der ersten Hilfe, die secundäre Infection der Wunden zu verhüten. Die Wunden sind daher möglichst rasch ohne vorherige Sondenuntersuchung, ohne Drainage mit einem aseptischen Verbande (aus dem Verbandspäckchen) zu bedecken. Eine Desinfection der Umgebung der Wunde ist gewöhnlich nicht möglich, erscheint aber auch nicht rathsam, weil dabei früher schon gebildete Schorfe abgespült und Unreinigkeiten in die Wunde hineingespült werden könnten. Um die Bildung des aseptischen Schorfes zu begünstigen, kann man die Wunden mit antiseptischen Pulvern (Jodoform, Borsalicyl) bestreuen oder, was viel bequemer ist, mit einer antiseptischen Pasta (Xeroformpasta in Zinntuben) bedecken. Zur Fixation des Verbandes empfiehlt sich am besten Kautschukheftpflaster, wovon zwei Streifen genügen, um den Verband tagelang vor dem Verschobenwerden zu bewahren. Bei dieser Art des Verbandes hat man den Vortheil, dass man dem Verwundeten die Kleider nicht ausziehen muss; es genügt, die Kleider zu öffnen und so den Verband zu appliciren.

Bei Knochen- und Gelenksschüssen muss sofort am Verbandsplatze ein sicherer Contentivverband angelegt werden. Von grösster Wichtigkeit ist aber, dass diese Art von Verletzten, ebenso auch Verletzte mit Bauch-, Brust- und Schädelschüssen vor einem längeren Transport möglichst bewahrt werden, weil sonst die Aussichten auf glatte Heilung sehr gering werden.

Im Gegensatze zu den Schusswunden mit kleiner Oeffnung, sind alle grösseren Hautwunden durch Nahschüsse, Quer- und Aufschläger und deformirte Geschosse, sowie durch Granatsplitter von vornherein als inficirt zu betrachten und dementsprechend zu behandeln.

Diese interessanten Beobachtungen des Vfs. sind geeignet, auch manche Aenderung in den Ansichten über den ersten Verband und die weitere Behandlung von Schussverletzungen im Frieden herbeizuführen. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 67, H. 3.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber Schwangerschaft und Geburt bei organischen Herzfehlern. Von Dr. Elis Essers-Möller.

Vf. geht von der Voraussetzung aus, dass es in der Gravidität schon aus physiologischen und klinischen Gründen zu einer Herzhypertrophie komme, und deducirt aus dieser Annahme, dass der Einfluss der Gravidität auf ein bereits hypertrophirtes Herz umso nachtheiliger sei. Die Austreibungsperiode hält er für besonders schädlich bei Herzaffectionen, weil durch die Presswehen plötzliche Drucksteigerungen im Thorax hervorgerufen werden. Der jeweilige Zustand der Herzmusculatur ist für den weiteren Verlauf massgebend. Auf die erhöhte Venosität des Blutes führt Vf. die oft eintretende montane Frühgeburt bei Herzaffectionen zurück. Compensationsstörungen, die sich auf andere Weise nicht beseitigen lassen, sind eine Indication für Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Die Eröffnungsperiode soll, wenn irgend möglich, spontan verlaufen, dagegen ist rasche Beendigung der Geburt mittels Kunsthilfe (Zange, Extraction) angezeigt, wenn Presswehen während der Austreibungsperiode auftreten, um die Herzarbeit während dieser Periode zu verringern. Bei operativem Vorgehen hält Vf. eine vorsichtige Narkose mit Chloroform für zulässig. Aether ist wegen der nicht zu vermeidenden Excitation und der grösseren Bedarfsmengen zu vermeiden. — (Hygiea Nr. 2, 1902.) Königstein.

Zur Fruchtabtreibung durch Gifte. Von J. Schwarzwäller

Vf. hat im Zeitraume von fünf Jahren 300 Aborte gesehen, darunter 18 nachweislich criminelle, und zwar alle durch Bleipräparate hervorgerufen in Form der Silberglätte, Bleiweiss oder Bleiglätte, in der Dosis von einer Messerspitze bis einem Theelöffel. In allen Fällen fand sich starke Blässe der Haut und Schleimhäute, sowie Abnahme des Hämoglobingehaltes. Der Urin war eiweissfrei. Abdomen druckempfindlich, eingezogen, Puls verlangsamt, kolikartige Schmerzen, katarrhalische Affection des Magens, Nierenkolik und Eierstockentzündung. Zahnfleisch zeigte den typischen Bleisaum. Todesfall wurde trotz der schwersten Vergiftungserscheinungen nicht beobachtet, und trat in allen Fällen Heilung ein. Der Abort erfolgte zumeist nach Wochen und selbst in verschleppten Fällen ohne Fieber. Störungen von Seite

des Nervensystems wurden niemals beobachtet. Vf. empfiehlt in therapeutischer Hinsicht ausser Opium und Jodkali, Einreibungen von trockenem, gepulvertem Schwefel in die Haut. — (Centralbl. f. Gynäkol. Nr. 42, 1901.) Königstein.

Ueber die Beziehungen zwischen Nase und weiblichem Sexualorgan. Von Docent Dr. Arthur Schiff.

Vf. prüfte die Fliess'schen Versuche nach und bestätigte dieselben. Er konnte sich davon überzeugen, dass die nach Fliess benannten Genitalstellen der Nase am hinteren Ende der unteren Muschel und am Tuberculum der Nasenscheidewand insoferne mit der weiblichen Genitalsphäre im Zusammenhange stehen, als sie während der Menstruation anschwellen, congestioniren und hochgradige Empfindlichkeit zeigen. Dysmenorrhöische Beschwerden während der Menstruation sind durch Cocaïnisiren dieser Stellen zu coupiren und durch Aetzen dauernde Heilung herbeizuführen. Vf. stellte die Controlversuche an 47 Fällen an, von denen 21 Fälle an der Klinik Chrobak beobachtet wurden, mit 200 einzelnen Cocaïnversuchen. Sämmtliche Patientinnen litten an schwerster Dysmenorrhöe, ein Theil von ihnen an mehr oder minder starken Localaffectionen des Uterus und Adnexe (Cervicalkatarrh, Parametritis, Perimetritis, Adnextumoren und Stumpfexsudat). Der Cocaïnversuch fiel in 35 Fällen = 72% positiv aus. Auch gelang eine Fractionirung des Versuches dahin, dass die Cocaïnisirung der Genitalstelle am Tuberculum der Nasenscheidewand nur die Kreuzschmerzen, die des hinteren Endes der unteren Muschel nur die Leibschmerzen in den Hypochondrien beeinflusste. Von diesen positiven Fällen wurde versucht, 17 durch Aetzung der Genitalstellen mit Trichloressigsäure oder bipolare Elektrolyse der radicalen Heilung zuzuführen. Jedoch konnte dies nur bei 12 Fällen davon erreicht werden, während bei den restlichen fünf Fällen der Erfolg ein unvollkommener war. Von den radical Geheilten sind drei Frauen bereits $1^1/_2$—$2^1/_2$ Jahre absolut schmerzfrei, während die Periode früher enorm schmerzhaft war. Die übrigen geheilten Fälle sind noch zu kurze Zeit in Beobachtung, als dass über sie ein endgiltiges Urtheil gefällt werden könnte. Die Cocaïnisirung ist so leicht, dass sie auch von einem Nicht-Rhinologen vorgenommen werden kann. Eine Sonde wird am Knopf mit Watte umwickelt und mit zwei Tropfen einer 20%igen Cocaïnlösung befeuchtet. Die im Nasenspeculum eingestellten Genitalstellen sind dann der Sonde leicht zugänglich und vollkommen zu anästhesiren. Vf. stellt das

Bestehen der sogenannten „mechanischen Dysmenorrhöe“, für welche ein Aufhören der Schmerzen beim Eintritt der Blutung charakteristisch ist, nicht in Abrede, empfiehlt aber in allen Fällen, wo nach Eintritt der Menses die Schmerzen nicht aufhören, den Cocaïnversuch jeder anderen Therapie vorauszuschicken und bei positivem Resultate die nasale Behandlung einzuleiten. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 32, 1901.) Königstein.

Beitrag zur Vaccination schwangerer Wöchnerinnen und Neugeborener. Von Dr. H. Palen.

Anlässlich einer Pockengefahr im Jänner 1900 zu Göttingen wurden, gestützt auf die Thatsache, dass Schwangere und Neugeborene eine grössere Disposition für das Pockengift besitzen, an der Frauenklinik sämmtliche Schwangere und Neugeborene einer Impfung unterzogen. Vf. kam zu denselben Resultaten und Schlüssen, die schon Andere vor ihm gemacht hatten. Die mit Erfolg vorgenommene Impfung Schwangerer und Wöchnerinnen ist von keinerlei nachtheiligen Folgen für die Schwangerschaft oder das Wochenbett begleitet, ist jedoch keine intrauterine Schutzimpfung für den Fötus. Die erfolgreiche Impfung vor der Entbindung scheint jedoch die Reaction des Fötus der Vaccine gegenüber abzuschwächen, denn die Pusteln geimpfter Neugeborener von geimpften Müttern bleiben in der Entwickelung zurück, und zwar sowohl in zeitlicher als auch örtlicher Beziehung. Für die Neugeborenen ist die Impfung durchaus ungefährlich. Vf. widerräth eine allgemeine Einführung der Impfung Neugeborener wegen der grösseren technischen Schwierigkeiten und der dadurch bedingten häufigen Misserfolge. — (Archiv f. Gynäkol., Bd. 62, H. 2.) Königstein.

Die Behandlung der vom Uterus ausgehenden septischen Infection. Von Dr. Abel.

Das therapeutische Vorgehen wird sich darnach zu richten haben, oder die Erkrankung allgemeiner Natur oder auf Uterus, Parametrien und Adnexen localisirt ist. In erster Linie wird festzustellen sein, ob im Uterus Placentarreste vorhanden sind oder nicht. Vf. warnt vor der Entfernung mit der Curette und ist für die digitale Ausräumung nach vorausgegangener Erweiterung des Muttermundes durch Tamponade mit Jodoformgaze. In manchen Fällen kommt es nach der Ausräumung rasch zur Ent-

fieberung und Genesung, in anderen wieder dauert die Infection mit ihren Folgeerscheinungen an. Für die von manchen Seiten empfohlenen Uterusspülungen mit desinficirenden Flüssigkeiten ist Vf. nicht, weil sie vorerst den eigentlichen Krankheitsherd in keinerlei Weise tangiren und dann auch nicht ungefährlich sind. Während der Vf. der permanenten Alkoholdesinfection nach Carossa sehr skeptisch gegenübersteht, spricht er der Vaporisation, beziehungsweise Atmokausis eine gewisse Bedeutung nicht ab und räth, sie in verzweifelten Fällen der Totalexstirpation des Uterus vorauszuschicken. Er warnt vor einer zu weitgehenden Indicationsstellung der letzteren. Die Serumtherapie (Antistreptokokkenserum) beurtheilt Vf. sehr skeptisch. Ebenso bezweifelt er die Wirksamkeit der sogenannten künstlichen Eiterung (Fochier Menke). Kochsalzinfusion und Inhalationen mit Sauerstoff empfiehlt er wärmstens. Hat sich die septische Infection localisirt, und ist es zur Eiteransammlung gekommen, so muss für frühzeitige Entleerung desselben von der Scheide aus gesorgt werden. Pyosalpinges und Ovarialabscesse sind radical anzugehen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30, 1902.) Königstein.

Die abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Ausräumung des Beckens bei der Behandlung des Uteruscarcinoms. Von Dr. Belloeuf.

Das Carcinom der Cervix ist in seinem ersten Beginne streng localisirt, hat jedoch die Tendenz, sich rasch auszubreiten und greift auf das Corpus uteri, das periuterine Gewebe und die Lymphdrüsen des Beckens über. Gerade diese Ausbreitung, die für das davon betroffene Individuum von so eminenter Wichtigkeit ist, weil erfahrungsgemäss gerade die Beckendrüsen frühzeitig ergriffen werden, entgeht aber zumeist in ihrem ersten Stadium der klinischen Untersuchung. Ist es ja doch eine leider nur zu gut bekannte Thatsache, dass selbst der locale Ausgangsherd dieser Erkrankung nur zu oft übersehen wird und die Carcinomfälle zumeist erst im fortgeschrittenen Stadium in die Hände des Operateurs gelangen. Vf. empfiehlt behufs therapeutischen Vorgehens unter allen Umständen die abdominale Hysterektomie, vorausgesetzt natürlich, dass der Fall überhaupt noch auf operativem Wege mit Aussicht auf Erfolg anzugehen ist. Die abdominale Hysterektomie hat vor der vaginalen eine ganze Reihe von Vorzügen, die darin bestehen, dass vorerst das Operationsfeld viel übersichtlicher ist, dass der Uterus stets im Ganzen ohne Morcelle-

ment und breit im Gesunden entfernt werden kann, dass weiters die Parametrien, Ligamenta lata und das Beckenzellgewebe um die Cervix und Vaginatheile, sowie die regionären Beckenlymphdrüsen entfernt werden können. Sie verdient weiters den Vorzug dadurch, dass sie ermöglicht, ungenauere Diagnosen richtig zu stellen und etwaige Complicationen, die sich im Verlaufe der Operation ergeben, leichter zu beherrschen. Die Mortalitätsziffer der abdominalen Operationsmethode ist nicht viel grösser als die der vaginalen und die Dauerresultate bessere bei der ersteren als bei der letzteren. Die abdominale Methode hat den nicht zu unterschätzenden Vortheil, dass man schon stark vorgeschrittene Fälle, die man vaginal nicht mehr angehen könnte, noch operiren kann. Allerdings kann man sich nicht der Frage entziehen, ob sehr stark vorgeschrittene Fälle überhaupt noch operativ angegangen werden sollen nach der radicalen Methode, da die Ausräumung des Beckens, id est Exstirpation der Parametrien, Ligamente und Drüsen zumeist unvollständig ist und Recidiven sehr rasch auftreten. Vf. empfiehlt, auch beim Corpuscarcinom den abdominalen Weg zu betreten. Den vaginalen Weg schlägt er nur dorten ein, wo die sichere Voraussetzung besteht, dass die Erkrankung in ihrem allerersten Beginne steht und ein Fortschreiten über den localen Herd ganz ausgeschlossen werden kann, sowie in jenen Fällen, wo eine stricte Contraindication für den abdominalen Weg besteht. So z. B. empfiehlt Vf. bei übermässiger Fettleibigkeit selbst bei streng localisirter Erkrankungsform den vaginalen Weg. — (Paris. Dissert.) Königstein.

Augenheilkunde.

Sympathicus-Resection beim Glaukom. Von weil. Dr. Ziehe und Prof. Dr. Axenfeld.

Vor drei Jahren hat Abadie auf Grund theoretischer Ueberlegungen gegen Glaukom die Durchschneidung des Hals-Sympathicus empfohlen; bald darauf hat Jonnesco als Erster über seine beim Glaukom durch Resection des gleichseitigen Hals-Sympathicus erzielten Heilerfolge berichtet. Nun liegen jetzt Publicationen von 72 derartigen, von verschiedenen Aerzten ausgeführten Operationen vor und lässt dieses relativ grosse Material bereits einige Schlüsse über den Werth der Operation machen.

Wir wissen aus dem Thierversuch, und aus gelegentlichen Beobachtungen am Menschen, dass eine Sympathicus-Lähmung folgendes, dem Symptomencomplex des Glaukoms gerade diametral gegenüberstehende Bild bedingt: neben der regelmässigen Ptosis und dem seltenen Enophthalmus kommt es durch die Lähmung des Dilatator iridis zu einer Verengerung der Pupille, mitunter auch zur Herabsetzung des intraocularen Druckes; anderseits aber wird der Glaukomanfall gerade durch Reizung und Erregung des Sympathicus: Angst, Aerger, Schreck, Freude etc. ausgelöst. Der nun durch Resection des Sympathicus, resp. durch die Exstirpation des Ganglion cervicale supremum hervorgerufene Symptomencomplex ist durchaus nicht so prompt, wie die theoretischen Auseinandersetzungen es erwarten lassen würden; ja, er zeigt ein äusserst wechselndes Verhalten. Wenn wir von den äusseren Umständen, als da sind: Narkose, Operation, absehen, so müssen wir dieses variable Verhalten damit erklären, dass bei alten Leuten, und diese sind es ja hauptsächlich, welche bei der Glaukomoperation in Betracht kommen, Sympathicus und Ganglion erwiesenermassen degenerative Vorgänge zeigen, und dass die Angriffspunkte des Sympathicus in Betreff ihrer Erregbarkeit gelitten haben.

Auf Grund eigener Beobachtung und kritischer Durchsicht der bisher bekannten Fälle von Sympathicus - Operation gegen Glaukom kommen die beiden Autoren zu nachfolgenden Schlüssen:

1. Die Exstirpation des Hals-Sympathicus ist für manche Fälle eine Bereicherung unserer Therapie und ist in allen den Fällen von Glaukom, wo unsere bisherige Therapie nicht ausreicht, ein gerechtfertigter und empfehlenswerther Versuch, wenn auch von ihr keineswegs stets eine Hilfe zu erwarten ist

2. Die Sympathicus-Exstirpation, d. h. die Exstirpation des Ganglion cervicale supremum ist ebenso wie die Resection des Nervus sympathicus in der Hand des geübten Chirurgen ein ungefährlicher Eingriff. Bei den bisher nach dieser Methode Operirten ist nur ein Todesfall zu verzeichnen. Die gelegentlich sich anschliessenden Paresen der oberen Extremität, die Schluckbeschwerden, gleichen sich wieder aus.

3. Man kann nicht behaupten, dass die Operation direct schadet, wohl aber kann jeder Heilerfolg ausbleiben, und lässt sich in keinem Falle vorher das Resultat puncto Erfolg bestimmen.

4. Beim Glaucoma inflammatorium acutum ist die Operation

im Allgemeinen zu verwerfen, ausgenommen, wenn trotz bereits ausgeführter Iridektomie das Glaukom fortbesteht.

5. Beim Glaucoma haemorrhagicum ist die Resection ein gerechtfertigter Versuch.

6. Beim Glaucoma chron. infl., sowie beim Glaucoma simplex sind wohl die meisten Erfolge, und ist daher die Resection zur Ergänzung der Iridektomie zu empfehlen.

7. Beim Glaucoma absolutum ist die Resection nur dann zu empfehlen, wenn die Erblindung erst kurze Zeit besteht und die Enucleation verweigert wird.

8. Trotz Sympathicus-Operation ist in allen Glaukom-Fällen Nachbehandlung mit Myoticis einzuleiten, da auch nach der Sympathicus-Operation das Glaukom fortschreiten, resp. frische entzündliche Anfälle ausbrechen können. — (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Augenheilk. Prof. Vossius, Bd. 4, H. 1 u. 2.)

Dr. Jänner.

Die Tätowirung an Stelle der Augenprothese. Von L. de Wecker.

Es liessen sich bei genauer Erwägung aller Umstände die Indicationen für Enucleatio bulbi viel enger ziehen, als das bis jetzt der Fall ist, und mancher Bulbus, der jetzt ohneweiters enucleirt wird, vielleicht mehr des mikroskopischen Befundes wegen, als wegen unbedingter Indicatio morbi, könnte erhalten bleiben. De Wecker enucleirt jetzt nur bei unbedingter Nothwendigkeit, im Uebrigen aber geht er folgendermassen vor: Bei geschrumpften, verkleinerten Bulbi werden die vier Musculi recti ausgiebig getrennt, durch diese vierfache Tenotomie springt der geschrumpfte Bulbus aus seiner Kapsel hervor, seine Form und Oberfläche bleibt durch Beseitigung der Einschnürung von Seiten der Muskeln richtig gekrümmt; dabei behält das Auge seine Beweglichkeit. Auf diese Operation folgt eine wohlüberlegte kunstgerechte Tätowirung des Bulbus. An der Hand mehrerer Krankengeschichten wird uns der gute Erfolg dieser Behandlungsmethode, mit der der Arzt und ganz besonders der Patient zufrieden ist, demonstrirt. — (Die ophthalmol. Klinik Nr. 12, 1902.)

Dr. Jänner.

Ichthargan in der Augenheilkunde. Von Dr. Emil Guttmann.

Während das Argentum nitricum 63·5% Silber enthält, ist der Silbergehalt aller jener in den letzten Jahren aufgetauchten organischen Silberpräparate ein viel geringerer, dafür aber haben

sie alle dem Arg. nitr. gegenüber eine grössere Tiefenwirkung. Das Ichthargan — ein Argentum thiohydrocarbürosulfuricum — stellt ein sehr feines, braunes, ganz schwach nach Ichthyol riechendes Pulver dar, das sich in Wasser leicht löst; die Lösung (auch im nichtdestillirten Wasser) ist lichtbeständiger als die Höllensteinlösung und wird erst nach längerer Zeit dunkler. Beim Ichthargan ist das Silber an organische, Ichthyolschwefel enthaltende Körper gebunden, und zwar in einem Gehalt von etwa 30% Silber. Wir hätten somit in diesem Präparate eine glückliche Combination von zwei gutwirkenden Mitteln. Ichthyol, welches namentlich von Elze, Eberson und Bioletti als secretionbeschränkendes Mittel bei Erkrankungen der Conjunctiva empfohlen worden ist, und das alt bewährte Silber, welches in diesem Falle, an organische Körper gebunden, Tiefenwirkung hat, ohne dabei Aetzwirkung zu besitzen. Guttmann hat nun das Ichthargan in 61 Fällen (Conjunctivitis acuta, chronica, Trachoma, Blennorrhoea neonatorum, Dacryocystoblennorrhöe und Ulcus corneae serpens) verwendet, und zwar in 0·5—2%iger Lösung als Augentropfen, die, eingeträufelt, keine weitere Neutralisation erfordern. Die Schmerzen, die darauf folgen, sind sehr gering, dauern nicht lang, und kommt es sonst zu gar keinen Begleiterscheinungen — auch nicht zur Argyrose. Beim acuten Katarrh erfolgte bei täglich einmaliger Application einer 1%igen Ichtharganlösung die Heilung bald schneller als bei Arg. nitr., bald auch langsamer, stets aber unter geringeren Beschwerden. Vorhandene Follikel bilden sich sehr rasch zurück unter Zurücklassung eines geringen, mit Zinkcollyrium weiter zu behandelnden Katarrhs. Bei chronischem Katarrh hat das Ichthargan keine besondere Wirkung. Bei Dacryocystoblennorrhöe beschränkt die Einträufelung in den Conjunctivalsack von 0·5 —1% Ichtharganlösung ein wenig die Secretion. Die Blennorrhoea neonatorum wird günstig beeinflusst, doch verläuft der Process langsamer als bei Arg. nitr.

Beim Ulcus corneae serpens wurde Ichthargan ohne merkbaren Einfluss angewendet. Eine ausgezeichnete Wirkung hat das Ichthargan bei den secernirenden Formen des Trachoms und ist insbesondere für die medicamentöse Behandlung des Pannus trachomatosus, dessen Aufhellung dadurch erfolgt, eines der brauchbarsten Mittel, das wir zur Zeit besitzen. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, Nr. 36, 1902.) Dr. Jänner.

Urologie.

Zur chirurgischen Behandlung des chronischen Morbus Brightii. Von Prof. G. M. Edebohls.

Im Jahre 1899 schlug E. die chirurgische Behandlung der Bright'schen Niere vor. Der Hinweis war aus dem günstigen Heilergebniss hervorgegangen, welches sich in sechs Fällen durch die Nephropexie von entzündlich erkrankten Wandernieren erzielen liess. Die Nothwendigkeit des Eingriffes hatte sich aus den Beschwerden der beweglichen Niere ergeben, wobei die entzündliche Veränderung keine Berücksichtigung erfuhr. Das Verschwinden von Eiweiss- und Formelementen ermuthigte zur Fortsetzung des Eingriffes, von da an, und zwar mit besonderer Berücksichtigung jener Fälle, in welchen die entzündlichen Symptome die Beschwerden der schlaffen Niere in den Hintergrund drängten. In den letzten Jahren verzeichnet E. unter 191 operirten Patienten sechzehn, welche gleichzeitig an chronischer Nephritis litten. Keiner der Kranken erhielt fernerhin eine weitere Behandlung des Bright'schen Processes. Ermuthigt durch diese Erfolge, ging E. später auch an die Operation uncomplicirter Nierenentzündungen. Seine Statistik umfasst heute 18 Fälle.

Fünf Kranke litten an chronischer, interstitieller Entzündung der rechten, vier an solcher der linken Niere; in vier Fällen waren beide Nieren in ähnlicher Weise verändert. Die chronische, parenchymatöse Nephritis war in zwei Fällen, der diffuse Process in drei Fällen, beide Nieren betreffend, zu verfolgen. In vierzehn Fällen wurden beide Nieren angegangen. Zwölf Mal einzeitig, zwei Mal in zwei Sitzungen. Von den vier Kranken, bei welchen nur die rechte Niere operirt wurde, wurden zwei vollkommen gesund. Die Diagnose wurde in allen Fällen auf die Anamnese, die chemische und mikroskopische Harnanalyse und schliesslich auf die Inspection und Palpation des Organes, bei der Operation selbst, aufgebaut. Diese Behelfe erfuhren in zwei Fällen eine weitere Completirung durch die histologische Untersuchung kleiner Gewebsstücke, die bei der Operation entfernt wurden.

Beim Eingriffe konnte E. stets die Zeichen der chronischen Entzündung an Kapsel und Parenchym verfolgen. Die rechtsseitige Nephropexie fand vier Mal, die doppelseitige zwölf Mal ihre Anzeige, dabei wurden die Nieren wiederholt und in verschiedener Ausbreitung der Kapsel beraubt. Corticale Cysten wurden

punctirt. E. steht nicht an, den Eingriff für alle Fälle in Vorschlag zu bringen, insoferne nicht den Erfolg gänzlich ausschliessende Complicationen bestehen, und die Narkose ihre Gegenanzeigen hat. Die Betrachtung einer operirten Niere bei einer neuerlichen Freilegung ergab die Bildung festen Bindegewebes, durch welche das Organ an seiner Umgebung fixirt erschien. Ferner hatten sich in diesen bindegewebigen Hüllen zahlreiche und weite Blutgefässe entwickelt, welche die Niere umrankten, unter welchen, was der besonderen Betonung bedarf, die Arterien prävalirten, und der Blutstrom seinen Weg in denselben in der Richtung der Niere nahm.

Der aus diesem Factum für den curativen Einfluss der Decapsulation und Nephropexie abgeleitete Schluss des Vf. lautet dahin, dass die arterielle Hyperämisation die Rückbildung des Entzündungsprocesses bei der Bright'schen Niere unterstütze. Hiebei lehnt sich E. an die Behauptung Ziegler's an, dass das Nierenepithel, welches infolge interstitieller Veränderungen zugrunde gegangen ist, alsbald wieder eine Regeneration erfährt und bei günstigen Circulationsverhältnissen selbst seine Secretionsfähigkeit wieder zu erlangen vermag. — (Medical Record, Dec. 1901.)

Die Prophylaxe der functionellen Störungen des männlichen Geschlechtsapparates. Von Dr. H. Rohleder.

In den Bereich der Erörterung werden gezogen: die Masturbation, die krankhaften Samenverluste, Impotentia virilis und Sterilitas virilis. I. Die Prophylaxe der Onanie bei im Körper gelegenen ätiologischen Momenten richtet sich nach den vorhandenen Zuständen. Phthisikern, welche bei der bekannt erhöhten Libido besonders zur Masturbation neigen, sei die öftere Cohabitation zu gestatten. Die Unterdrückung des Sexualtriebes per Anaphrodisiaca, wie Brompräparate, ist hier zwecklos, hingegen erachtet R. bei Masturbation nach fieberhaften, schweren Erkrankungen (Pneumonie, Typhus) im Reconvalescentenstadium eine Dämpfung der allzu heftig wieder erwachenden Libido durch Brom (Erlenmeyer'sche Lösung) für zweckdienlich. Der bei Diabetikern häufigen Onanie ist neben sachgemässer Diät zur Herabdrückung des Zuckers und dadurch der Sexualtriebe das Extractum syzygii jambolani fluidum 4—5mal täglich ein Esslöffel empfehlenswerth, zumal es gleichzeitig den Pruritus pudendi herabsetzt. Alkoholica sind streng zu meiden.

Die Prophylaxe der Masturbation vermag am meisten bei jenen Hautaffectionen, welche mit mehr oder weniger Pruritus einhergehen. Hier wird erfahrungsgemäss heftig Masturbation getrieben, beim chronischen Genitalekzem, besonders beim papulösen und vesiculösen Ekzem. Dann zeigt sich die Masturbation öfters bei Lichen ruber als einem stark juckenden Leiden, bei Pemphigus pruriginosus, bei Urticaria. Eine besondere Rolle spielt hiebei Pruritus cutaneus genitalium sui generis, diesem gegenüber bewährt sich prophylaktisch Theer; bei Frauen hauptsächlich warme Tanninbäder. Als Prophylacticum des Zuckers und damit der Onanie, und zwar in einer Stärke, dass die Lösung bierfarben aussieht. Zur besseren Lösung des Tannins ist Tanninglycerinlösung zu verordnen oder dem Wasser eine Quantität Glycerin zuzusetzen. Eventuell sind Ausspülungen mit demselben zu machen, wobei äusserlich 5%ige Carbolumschläge dienlich sind. Von Erkrankungen der Harnwege wirken Prostataalterationen auslösend auf die Masturbation.

Die Prophylaxe der Onanie bei ausserhalb des Körpers gelegenen Momenten wurzelt in einer vernünftigen Erziehung. In dieser Hinsicht kann die Vorbauung eine häusliche und öffentliche sein. Die erstere hat sich auf entsprechende Belehrung der Eltern seitens des Arztes, auf grösstmöglichste Reinlichkeit, auf Wahrung der Sittlichkeit in Worten und Geberden zu beziehen. Ferner ist es ausserordentlich wichtig, das Kind zu moralischen Handlungen, zum sittlich moralischen Denken zu erziehen, in ihm Ehr- und Sittlichkeitsgefühl rechtzeitig zu wecken. Leibesübungen sind anzuempfehlen. Die öffentliche Prophylaxe der Masturbation soll den Schulen zur Aufgabe gemacht werden. Schulärzte mögen vor dem gesammten Lehrercollegium in Vorträgen über sexuelle Unarten während der Schulzeit Aufklärung geben und zeigen, wie gegen dieselben eingeschritten werden könne, da die meisten Lehrer mit dieser Frage kaum vertraut erscheinen.

Allgemeine Massnahmen sind in der richtigen Lebensweise gelegen, günstig wirkt hier die Vermeidung von Alkoholicis, Kaffee, Thee, gewürzten Speisen. Auslösend auf schlummernde Onanie wirken auch gewisse Medicamente, nämlich Phosphor und Strychnin. Weshalb auch der in der besseren Praxis als Tonicum während der Reconvalescenz nach schwächenden Erkrankungen gerne gegebene Syrup Fellow's abzurathen sei. Ebenso wird der sexuellen Erregung durch Secale Vorschub geleistet, wenn es bei

der Menarche junger Mädchen gegen den erschwerten Durchbruch der ersten Menses gewiss ohne Berechtigung gegeben wird. Im gleichen Sinne schädlich zu wirken scheint Salipyrin. Bezüglich der Kleidung einer Bettlage gelten die bekannten Massnahmen.

II. Der Schutz gegen krankhafte Samenverluste hat sich auf die Mictions- und Defäcationsspermatorrhöe zu erstrecken. Zu verhüten sind die ätiologischen Momente des Zustandes, als welche unwillkürliche sexuelle Excesse, Onanie, Cotius interruptus, übermässiger natürlicher Verkehr, Abusus sexualis und Erkrankungen der Genitalorgane anzuführen wären. Von Genitalerkrankungen führen zur Spermatorrhöe: die chronische Entzündung der Pars prostatica urethrae, das ist die Urethritis posteria gonorrhoica et colliculitis seminalis gonorrhoica, die Prostatitis gonorrhoica.

III. Bei Impotentia virilis hat die Prophylaxe ebenfalls eine ursächliche zu sein. Die Impotentia gliedert sich in organische, psychische, nervöse und in Formen, welche bei Allgemeinerkrankungen auftreten. Zur Vermeidung der organischen Art sind die angeborenen und erworbenen Missbildungen und Defecte des Penis, congenitale Leistenbrüche, Hydrocelen, Phimosen, kurzes Fremulum etc. rechtzeitig zu verfolgen.

Der psychischen Kategorie soll neben Suggestion durch Kohlensäurebäder (Nauheim, Oeynhausen, Guaglio) vorzubeugen sein. Am wichtigsten ist die nervöse Form, welche einen Theil der sexuellen Neurasthenie bildet und hauptsächlich in Onanie oder übermässigem Coitus ihre Ursache hat. Dieselbe zeigt sich meist durch Störungen der Facultas erigendi derartig, dass ante portam die Erection nachlässt, oder durch verfrühte Ejaculationen ante introitum bei wohlgesteiftem Gliede, Impotentia nervosa irritativa von Casper genannt. Die Prophylaxe muss hier einsetzen durch allgemeine Massnahmen gegen die Nervosität. Hydrotherapie (sofort nach dem Aufstehen kalte Abreibungen des ganzen Oberkörpers und der Genitalgegend mit einem grossen Schwamm, im Sommer Brunnen-, respective Leitungswasser, im Winter circa 14—18° R.), Sondencuren nach Oberländer, Kollmann etc. finden ihre Anzeige.

Allgemein wirken bei den verschiedenen Impotenzformen körperliche Uebungen. Bei paralytischer Impotenz sind Tonica, Hypophosphit-Syrup, Hammond-Pillen (Zink. phosphorat. 0·25, Ex-

tract. nuc. vomic. 1·0 M, f. Pilul. Nr. L, drei Mal täglich eine Pille), Phosphor-Leberthran angezeigt. Von Johimbin hat Vf. keine Erfolge gesehen. Die vielfach empfohlenen mechanischen Behelfe von Bandagisten und Laien: „der Schlitten“, die als „Ventous“ bezeichneten Saugapparate, „der Erector“, sowie „der Cumulator“ sichern nicht den geringsten Erfolg und haben, wenn je, so nur suggestiven Werth.

IV. Die Prophylaxe bei Sterilitas virilis hat sich gegen den Aspermatismus, gegen die Azoospermie, Asthenozoospermie, Oligozoospermie und Nekrospermie zu richten. — (Nobiling-Jankau, Handb. d. Prophylaxe, 1901.) N.

Zahnheilkunde.

Die Anästhesie des Dentins. Von Thiesing.

Ammoniakverbindungen setzen die Erregbarkeit der Nerven hauptsächlich durch Wasserentziehung herab, ohne, wie Cocaïn, Nirvanin u. s. w., eine specifisch lähmende Wirkung zu haben. Die Anästhesie erstreckt sich bei Quaddelversuchen am Arme auf verhältnissmässig weite Entfernungen; so hat eine 0·4%ige Lösung von Salmiakgeist eine grössere Fernwirkung als eine 20%ige Cocaïnlösung (4 cm : 3·5 cm im Umkreise). Die unangenehmen Eigenschaften, welche die Ammoniakverbindungen bei subdermaler Verwendung entfalten, treten bei Anästhesirung des Dentins fast vollständig zurück. Die Anästhesie dauert einige Stunden bis zu mehreren Tagen. Eine ungünstige Wirkung auf die Pulpa konnte Th. in keinem Falle bemerken. Der stechende Geruch einiger der Ammoniakverbindungen lässt sich theilweise durch Zusatz ätherischer Oele in alkoholischer Lösung decken. Th. empfiehlt für zahnärztliche Zwecke das Ammonium phosphoricum, welches zunächst geringen Schmerz und nach 5—10 Minuten volle Anästhesie erzeugt. Liquor Ammonii acetici ruft einen ziemlich starken, aber nur einen Moment anhaltenden Schmerz und nach 5 Minuten totale Anästhesie hervor, Liquor Ammonii carbonici hat nur schwachen Ammoniakgeruch, anästhesirt in 5—20%iger Lösung nach 5—10 Minuten, Liquor Ammonii caustici bewirkt nach 10 Minuten fast immer genügende Betäubung und hat den Vorzug, dass die Einlage schmerzlos ist. Der Schmerz bei der Einführung sehr starker (30—50%iger) Lösungen lässt sich dadurch vermeiden,

dass man zunächst das Medicament in grosser Verdünnung anwendet und allmälig zu concentrirteren Solutionen übergeht, wobei die Application derselben sehr rasch aufeinander folgen kann. — (Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk., Jahrg. 20, H. 1.)

R. Kronfeld.

Ein neues Verfahren für die Herstellung künstlicher Unterkiefer. Von Curt Fritzsche.

Die Anforderungen, die an eine brauchbare Kieferschiene gestellt werden, sind so gross, dass bisher noch keine Schiene allgemeine Anwendung finden konnte. Durch die Schiene soll die Entstellung des Kranken vermieden und die Function des Kauens und Sprechens nicht behindert werden. Sie soll ferner aseptisch, leicht herzustellen und anzubringen sein, darf den Heilungsverlauf nicht stören und muss dem Chirurgen völlig freie Hand bei der Operation lassen. Der Schiene von Fritzsche liegt das Martin'sche Princip zugrunde, sie wird jedoch nicht aus Kautschuk hergestellt, sondern aus Metall gegossen. Sie wird während der Operation angelegt, kann aber leicht und jederzeit vom Chirurgen entfernt werden. Das Verfahren ist folgendes: Vor der Operation wird dem Zahnarzte mitgetheilt, in welcher Gegend des Unterkiefers und in welchem Umfange die Resection voraussichtlich stattfinden wird. An dem Unterkieferknochen einer ungefähr gleichaltrigen Person wird das zu resecirende Knochenstück markirt und in Gips abgedrückt. Nun wird aus einem nicht rostenden Metall ein Streifen gebogen, welcher die Länge des zu resecirenden Knochenstückes hat, und auf diesen Träger, welchen der Chirurg sofort nach der Resection an Ort und Stelle bringt, die aus Zinn nach dem Gipsmodell gegossene Schiene aufgesetzt. Will sich der Chirurg von dem Heilungsverlauf überzeugen, so entfernt er die Schiene aus der Mundhöhle und setzt sie nach geübter Controle wieder auf den Träger; der letztere bleibt natürlich fest mit dem Kieferstumpfe vernäht. Nach etwa vier Wochen fertigt der Zahnarzt eine Kautschukschiene an, die den gesunden Kieferrest bedeckt und in Verbindung mit dem metallenen Stück einen mathematisch genau passenden Unterkiefer bildet, welcher vom Besitzer behufs Reinigung leicht entfernt werden kann. Für grössere chirurgische Kliniken empfiehlt es sich, eine Serie der beschriebenen Kieferschienen am Lager zu haben. — (Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk., Jahrg. 20, H. 6.)

R. Kronfeld.

Wasserstoffsuperoxyd. Von Ferd. Miltenberger.

Der Hauptgrund, warum viele Praktiker sich bisher nicht für die Anwendung des Wasserstoffsuperoxyds begeistern konnten, war seine Unbeständigkeit; diesem Uebelstand hat die Firma Merck durch Darstellung eines chemisch reinen 30%igen Präparates abgeholfen. Es muss an einem kühlen Orte aufbewahrt werden, denn es zersetzt sich bereits bei gewöhnlicher Zimmertemperatur. In der Zahnheilkunde findet es seit Langem Verwendung zur Reinigung von Wurzelcanälen. In unserer Praxis wird es angewendet in 1%iger Lösung zur Reinigung des Operationsfeldes vor der Extraction oder dem chirurgischen Eingriff, zum Ausspülen von Cavitäten und Wurzelcanälen. 3- und 5%ige Lösungen verwendet man zum Ausspülen bei Gangrän der Pulpa, Alveolarabscess, Pyorrhoea alveolaris, bei Geschwüren, Fistelgängen und zum Bleichen verfärbter pulpaloser Zähne. Die Lösungen stellt man sich selbst her, indem man zur 1%igen Lösung 1 Gewichtstheil 30% $H_2 O_2$ Merck auf 29 Gewichtstheile abgekochten Wassers nimmt; die 3%ige Lösung erhalten wir durch 1 Theil 30% $H_2 O_2$ auf 9 Theile Wasser, und die 5%ige durch 1 Theil 30% $H_2 O_2$ auf 5 Theile Wasser. Man kann sich kein besseres Mittel zur Reinigung alter Fistelgänge und abscedirender Wurzeln denken, wo die septischen Stoffe durch die energische Schaumbildung aus der Tiefe an die Oberfläche geworfen werden. Wasserstoffsuperoxyd findet ferner noch Anwendung zur Stillung heftiger Blutungen nach Zahnextractionen. Verschiedene Autoren verordnen es in dünnen Lösungen als Mundwasser, und zweifellos wäre hier eine eingehende Untersuchung über seine Wirksamkeit sehr am Platze gegenüber der Menge von Mundwässern, von denen man oft nicht einmal die Zusammensetzung weiss und welche im Interesse gewisser Fabrikanten durch mächtige Reclame empfohlen werden. — (Arch. f. Zahnheilk. Nr. 1, 1902.)

R. Kronfeld.

Kinderheilkunde.

Zur Frage der Ernährung kranker Kinder mit „Odda". Von Dr. Hermann Brüning.

Vf. hat an 87 Kindern die Mering'sche Kindernahrung (s. Referat im Maiheft), ein gelb-bräunliches Pulver, das, in Paketchen verpackt, unter dem Namen „Odda" in den Handel kommt

verabreicht. Dasselbe besteht aus Wasser 5·0%, Eiweiss 14·5%, Fett 6·5%, Lecithin 0·4%, Kohlehydrate 71·5%, Mineralstoffe 2·1%.

Ein Gramm liefert 4·3 Calorien. — Das Alter der mit Odda ernährten Kinder schwankte zwischen zwei Tagen und 1¾ Jahren. Odda wurde in allen Fällen mit der entsprechenden Portion Milchzucker als Zusatz zur Milchnahrung gegeben und nur in 18 Fällen unter diesen kam es zeitweilig als alleinige Nahrung zur Anwendung. Von 39 in der Poliklinik beobachteten Kindern starb eines (nicht infolge des Ernährungsregimes), von 48 in klinischer Behandlung gestandenen 26 (54·2%). Die Dauer der Oddadarreichung schwankte zwischen 2 und 76 Tagen. Meist waren es an Affectionen des Magendarmcanals (61 Fälle), seltener (26 Fälle) an anderen Krankheiten (Pneumonia catarrh., Rhachitis etc.) leidende Kinder, die mit Odda ernährt wurden.

Man begann mit 15—25 g Odda pro die, wenn die Nahrung ganz genommen und gut vertragen wurde, steigerte man allmählich die Menge; die Durchschnittstagesmenge war 40 bis 60 g, höchste Tagesdosis 80—100 bei poliklinischen, 120—180 ausnahmsweise bei klinischen Fällen.

Für die schlechten Resultate auf der klinischen Säuglingsstation macht B. das elende, atrophische, meist an Soor, Furunculose etc. leidende Krankenmaterial verantwortlich, das aus unehelichen, bei Kosteltern untergebracht gewesenen Kindern sich zusammensetzt. Trotzdem liess sich oft durch Odda eine wenn auch nur vorübergehende Hebung des Ernährungszustandes erzielen. Refractär verhielten sich stets Säuglinge mit hereditärer Lues, die Autor für Spitalsbehandlung überhaupt für untauglich hält. Von den 22, während des Aufenthaltes auf der Station mit Odda genährten und „gebessert" oder „geheilt" entlassenen Kindern bringt B. einige kurze Krankengeschichten, welche zur weiteren Nachprüfung des Präparates ermunterten. Hiezu wurde das geeignetere und aus besser disponirten, kräftigeren Kindern sich zusammensetzende poliklinische Krankenmateriale verwendet. Von 39 Kindern, die der Oddabehandlung unterzogen wurden, starb denn auch nur eines.

In wenigen Fällen musste nach einiger Zeit vom Oddazusatz zur Nahrung abgegangen und andere Nahrung gereicht werden. Im Grossen und Ganzen lässt sich sagen, dass wir in dem neuen, v. Mering'schen Kindernährmittel Odda ein Präparat haben, welches für magendarmkranke Kinder, namentlich aber

auch für solche ohne Störungen des Verdauungstractus nicht nur als Zusatz, sondern auch in geeigneten Fällen vorübergehend als ausschliessliche Nahrung mit gutem Erfolge verabreicht werden kann. — (Ther. d. Gegenw., Juli 1902.)

Ueber Kalomel in der Kinderheilkunde. Von Dr. Simon Schoen-Ladniewski.

Autor formulirt die Bedingungen, unter denen das von Trousseau in die Therapie der Kinderkrankheiten eingeführte Kalomel von Nutzen ist. Als Desinficiens des Verdauungsapparates leistet es gegen Colica flatulenta bessere Dienste als jedes andere Verfahren. Ebenso vorzüglich wirkt es bei beginnender Dyspepsie, welche mit Aufstossen und grünen Stühlen einhergeht, bei acutem, fieberhaftem Gastricismus, bei subacuten und chronischen Magendarmkatarrhen, bei Cholera infantum. Gleichfalls ein Specificum ist das Kalomel bei den Eclampsia ex indigestione. Bei Ikterus catarrhalis beginnt und schliesst Autor die Therapie mit einigen Kalomelpulvern; kaum hat das Kind einige Dosen Kalomel eingenommen, beginnt die Gelbfärbung der Haut zu schwinden, Uebelkeiten und Aufstossen hören auf, so dass stets nach 5 Tagen spätestens die Krankheit abgelaufen erscheint. Als ableitendes Mittel perhorrescirt Autor das Kalomel, hingegen hat es sich als Diureticum besonders bei Hydrops im Gefolge von scarlatinöser Nephritis ausgezeichnet bewährt.

Immer genügt zur Darmdesinfection die Dosis von 0·005 bis 0·02, je nach dem Alter des Kindes, ein- bis zweistündlich verabreicht, nur für diuretische Wirkung sind Dosen von 0·02 bis 0·05 dreimal täglich durch 4 Tage nöthig. Nach viertägiger Pause kann dann ein viertägiger Cyclus wiederholt werden. Das Kalomel wird am besten in Pulverform mit Zucker verordnet und soll mit Rücksicht auf seine Zersetzlichkeit stets frisch bereitet sein. Die Leichtigkeit einer Allgemeinwirkung des Kalomels bei älteren Kindern (bei zahnlosen Kindern ist dieselbe nicht zu befürchten) empfiehlt möglichste Mundpflege und Waschungen oder Spülungen mit Kal. chloricum während der Kalomeldarreichung. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 56, H. 2.)

Nahrungsmengen künstlich ernährter Kinder nebst einem neuen Vorschlag zur Nahrungsmengenberechnung. Von Max Adam.

Bisher wurden hauptsächlich die bei Brustkindern erzielten guten Resultate zur Basis genommen, um die für Säuglinge nöthigen Nahrungsmengen zu finden. Adam sucht nun die an

künstlich ernährten Säuglingen der steirischen Landes-Findelanstalt gewonnenen Erfahrungen zu verwerthen, um daraus für Qualität und Quantität der Säuglingsnahrung Schlüsse zu ziehen.

Die am 8.—10. Tage aufgenommenen Säuglinge werden, wenn nicht Lebensschwäche die Ammennahrung unentbehrlich erscheinen lässt, mit Fettmilch ernährt. Der Grad der Verdünnung wird vom Arzt fixirt, die Zahl der Mahlzeiten ist durchwegs acht. Aus den Aufzeichnungen über Säuglinge von über 2650 g Geburtsgewicht ergeben sich für 2.—7. Lebenswoche Volumina von 420—550—600—760—780—800 cm³. Die letztere Zahl wird dann bis zum Ende des 3. Monates nicht überschritten. Die Zahlen stimmen zum Theil mit den für Brustkinder ermittelten überein, zum Theile bleiben sie hinter diesen etwas zurück. Die Nährstoffmengen, welche die Kinder mit einem Durchschnittsgewicht bei der Geburt von 3250 g in der 2. — 12. Lebenswoche aufnahmen, berechnen sich, in Calorien pro Kilogramm Körpergewicht ausgedrückt, folgendermassen: 50—62—69—79 bis 84—85—80—93—105—100—96 Cal. Auf Eiweiss entfällt davon etwa $^1/_9$, in den Rest theilen sich Fett und Zucker. Einem hohen Fettgehalt schreibt Autor den Haupteinfluss auf das Gedeihen der Kinder zu und denselben könne man durch Kohlehydrate oder Zucker nicht vollwerthig ersetzen.

Die Zunahmen waren, wie die Krankengeschichten zeigen, überaus befriedigend, oft sogar ungewöhnlich hoch. Das Nahrungsvolumen wurde dem Alter entsprechend festgesetzt, für den Grad der Fettmilchverdünnung war kein Schema, sondern der Zustand des Kindes massgebend. Es zeigte sich, dass im Allgemeinen $^1/_3$ des dem Alter des Kindes entsprechenden Tagesvolumens, multiplicirt mit dem Gewicht des Kindes (in Kilo ausgedrückt), etwa der üblichen Fettmilchmenge entspräche, wie folgende Tabelle illustrirt:

Zahl der Fälle:	17	15	13	10	10	8	8	7	4	3
Lebenswoche:	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Durchschnittsgewicht:	2990	3044	3081	3235	3171	3132	3184	3183	3223	3350
Tagesmenge:	500	540	610	640	650	720	720	740	780	820
Fettmilchmenge:	270	300	370	400	400	440	460	510	580	670
Bruchtheile S.-M.-Menge:	300	330	370	410	400	450	450	460	500	550

Man kann demnach Kindern gleichen Alters, aber verschiedenen Körpergewichtes die gleichen Nahrstoffmengen auf das Kilogramm Körpergewicht zukommen lassen und gleichzeitig

das Alter entsprechend berücksichtigen, ein Individualisiren, das sehr erwünscht ist und dessen Einzelheiten Adam in einer Tabelle näher ausführt. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 56, H. 1.)

Untersuchungen über Phosphorleberthran. Von Dr. Alfred Heiduschka.

Die Arbeit weist die schon von anderer Seite constatirte Unzuverlässigkeit der Zweifel'schen Behauptung vom Fehlen des Phosphors in der üblichen Concentration des Phosphorleberthrans auf schlagende Weise nach. Zunächst übt Vf. Kritik an Zweifel's Untersuchungsmethoden und Anschauungen über chemische Vorgänge und bringt dann seine eigenen Untersuchungen, die mit einer auf Recept hin aus sechs verschiedenen Apotheken Dresdens bezogenen Phosphorleberthranlösung 0·01 zu 100 angestellt wurden. Diese wurde der Mitscherlich'schen Probe unterzogen, u. zw. jeder Leberthran einen Tag und dann nochmals acht Tage nach der Anfertigung. Stets wurde starkes, langanhaltendes Leuchten erzielt. Es kamen 50 g zur Verwendung, die bei der üblichen Verordnung acht Tage reichen dürften. Weiters wurde eine Probe nach drei, die andere nach vier und die dritte nach acht Wochen untersucht, jedesmal fand sich starkes Leuchten, das aber ausblieb, nachdem die drei Proben acht Tage lang offen gestanden und öfters umgeschüttelt worden waren, was den grossen Einfluss der Luft auf den Phosphorleberthran erkennen lässt. Die Untersuchung des achttägigen Phosphorleberthrans auf P_2O_3 und P_2O_5 ergab 10—21% des Phosphors oxydirt; die mit Berücksichtigung der oxydirten Menge bestimmte Menge des Gesammtphosphors stimmte mit der Voraussetzung überein.

Es bestätigt sich also, dass der Phosphorleberthran keine unbeschränkte Haltbarkeit besitzt, dass er aber in der Stärke und Quantität, wie er bis jetzt meistens angewendet worden ist (Ol. Jec. Aselli 100·0, Phosphori 0·01), vollkommen die Haltbarkeit besitzt, die ein Arzt von einem Arzneimittel verlangen muss. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 33.)

Rhachitis und sterilisirte Milch. Von Prof. E. Ausset.

Vf. nimmt zu der praktisch wichtigen Frage, ob die Milchsterilisirung Veranlassung zum Entstehen von Rhachitis geben könne, im ablehnenden Sinne Stellung. Seiner Erfahrung nach sind es eher die schlechten ernährungs-hygienischen Verhältnisse mit langdauernden Darmkatarrhen der Säuglinge, welche zu Rhachitis führen. Er empfiehlt daher zu deren Verhütung die genaueste

Berücksichtigung jeder, selbst der leichtesten Darmstörungen im Säuglingsalter. — (Annales de méd. et chir. infant. Nr. 13, 1902.)

Ueber den therapeutischen Werth des Milchzuckers bei den Diarrhöen und Gastroenteritiden der Säuglinge. Von Dr. Fornari.

Vf. berichtet über gute Erfahrungen mit der therapeutischen Anwendung von Milchzucker bei Darmerkrankungen der Kinder. Er stützt sich auf die schon bekannte Wirkung des Milchzuckers als Purgans und als Desinficiens auf Grund der daraus im Darme entstehenden Milchsäure. Besonders dort, wo eine Diät hydrique angezeigt ist, verwendet er eine Lösung von 50 g Milchzucker auf 300 g warmes Wasser und gibt noch an den darauffolgenden 2—3 Tagen 15 g auf eine halbe Tasse. Selbst schwere, langbestehende Diarrhöen weichen auf die Darreichung dieser einfachen Milchzuckerwasserdiät während nur wenigen Tagen. — (Annales de méd. et chir. infant. Nr. 13, 1902.)

Heftige Blutung und Anämie, verursacht durch einen prolabirten Mastdarmpolypen, bei einem zehn Jahre alten Knaben. Von Dr. Aronheim.

Während des Turnens war der wallnussgrosse, von der hinteren Mastdarmwand ausgehende Polyp prolabirt, wobei durch Berstung seiner oberflächlichen Schichten eine heftige Blutung entstanden war. Möglichst nahe der Insertionsstelle wurde der Stiel des Polypen, in dem ein deutlich sichtbares Gefäss verlief, abgebunden und unterhalb der Unterbindung durchschnitten. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen Schleimpolypen (polypöses Adenom.) — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 28, 1902.)

Zur Pathologie und Therapie des Scharlachs. Von Dr. Ad. Tobeitz.

Die von Pujador y Fauva publicirten günstigen Resultate nach Terpentinbehandlung Scharlachkranker behufs Bekämpfung, respective Verhinderung der Scharlachnephritis, bewogen Tobeitz, die Terpentinbehandlung systematisch zu versuchen. Im Jahre 1899 wurden 22, 1900 52 und bis October 1901 65 Patienten so behandelt. Wegen der grossen Schmerzhaftigkeit bei subcutaner Einverleibung bekamen alle Scharlachkranken in ein- oder zweimaligen Gaben pro die 15—25 Tropfen Terpentin. Bei einem Falle erfuhr nach Einsetzen der Terpentinbehandlung die schon

im Abnehmen begriffene Eiweissmenge und Hämaturie einen Tag lang eine geringe Zunahme, dann schwanden jedoch Blut, morphotische Bestandtheile und Albumin rasch und trat baldigst völlige Heilung ein. In einem zweiten Falle blieb auch diese geringe Zunahme aus und war schon am folgenden Tage kein Eiweiss nachweisbar. Zwei Fälle mit geringen Albuminurien waren rasch geheilt, ein an Complicationen reicher Fall zeigte geringe, länger anhaltende Albuminurie. Alle übrigen 132 Fälle zeigten niemals Eiweiss. Im Gegensatze hiezu fanden sich unter 359 vom October 1894 bis Mai 1899 behandelten Scharlachkranken 51 Fälle von Nephritis und 52 von Albuminurie, was entschieden für die Wirksamkeit der Terpentinbehandlung spricht.

In der Privatpraxis hat Autor, wenn Complicationen der Scharlacherkrankung drohten, prophylaktisch Ol. Terebinth. gegeben, und hat darunter bei 3 Fällen, trotz dem in der dritten Woche unter Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Halsdrüsen andauernden Fieber nie Albumin nachweisen können.

Der Umstand, dass vor und während der Anwendung von Terpentin die Diät (vornehmlich Milchkost) die gleiche war, spricht gegen den Einfluss der Diät auf das Zustandekommen oder die Verhinderung einer Nephritis. So lange die Frage strittig ist, welche Momente die scarlatinöse Nephritis hervorrufen, lässt sich die weitere Frage, warum das Ol. Terebinth. auf dieselbe heilend oder dieselbe verhindernd wirkt, nicht beantworten. Ob das Medicament bei Scharlach direct günstig auf die Niere einwirkt oder diese günstige Wirkung durch verschiedene, unter seinem Einfluss im Organismus entstandene Producte hervorgebracht wird, ob die oxydirende Wirkung des Medicamentes im Stande ist, auf den Lebensprocess der in Frage kommenden Microorganismen schädigend zu wirken oder die Giftwirkung der Stoffwechselproducte herabzusetzen, respective zu tilgen, ob schliesslich eine durch das Medicament bewirkte Hyperleukocytose in Betracht gezogen werden darf, sind Fragen, deren Beantwortung nur eine hypothetische sein könnte.

An die Ausführungen über Terpentinbehandlung fügt Autor noch einen Abschnitt über Peptonurie bei Scharlach und über seine Stoffwechseluntersuchungen, Themen, deren Referat sich für dieses Centralblatt weniger eignet. — (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 34, H. 3 u. 4.)

Bismutose bei Diarrhöen kleiner Kinder. Von Dr. W. Lissauer.

Im Kinderasyl der Stadt Berlin wurden mit Bismutose Versuche angestellt, das als Ersatz des Bismutum subnitricum empfohlen wird. Das Mittel ist eine Eiweissverbindung des Wismuths, ein in Wasser, Säuren und Alkalien unlösliches, graugelbes, bitter und leicht adstringirend schmeckendes Pulver, das mit grösserer Flüssigkeitsmenge als Schüttelmixtur in Anwendung kommt. Der Stuhl wird, ähnlich wie nach salpetersaurem Wismuth, schwarz gefärbt und enthält (mikroskopisch) grössere und kleinere amorphe Schollen.

Die Bismutose soll in grossen Mengen gegeben werden. Als äusserste Grenze wurde täglich viermal 1·0, in einzelnen Fällen wurden aber auch zweistündlich 2·0 gereicht. Nie wurde eine schädliche Nebenwirkung beobachtet. Behufs objectiver Beurtheilung des Mittels wurde nie gleichzeitig mit seiner Darreichung die Diät geändert.

Die Bismutose kam nur bei Dyspepsien in Anwendung. Bei solchen Kranken, bei denen sich die dyspeptische Erkrankung hauptsächlich in der grossen Zahl mehr oder wenig wässeriger, zerfahrener, schleimiger Stühle documentirte, gab Autor das Mittel, um den bestehenden Reizzustand zu beseitigen und die Stühle an Zahl zu verringern und an Beschaffenheit zu bessern. Wenn aber die Erkrankung mit schweren Intoxicationserschei-
5—15-tägiger Darreichung war die Heilung meist vollständig.
nungen einherging, wäre es widersinnig gewesen, die schädlichen Nahrungsreste zurückzuhalten. In solchen Fällen wurde erst nach zufriedenstellender Wirkung diätetischer Massnahmen nöthigenfalls Bismutose gegeben, früher gereicht, war das Mittel machtlos.

Bei der ersten Gruppe waren die Erfolge recht gute, nach
In einzelnen Fällen (zu kurze Darreichung oder schädigende Ernährungsmethode) sind Misserfolge verzeichnet. Bei einigen älteren Kindern war die Wirkung des Mittels ausgezeichnet.

Im Grossen und Ganzen sprechen die an 30 Kindern gesammelten Erfahrungen sehr zu Gunsten der Bismutose. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33, 1902.)

Hygiene und Krankenpflege.

Ueber die Lebensweise herzkranker Kinder. Von Jakob Cassel.

Den Eltern herzkranker Kinder ist in erster Linie aufs dringendste die Sorge für eine trockene, der Besonnung theilweise ausgesetzte, luftige Wohnung zu empfehlen, da mangelhaft belichtete, feuchte und dumpfige Wohnräume den Blutmangel, den herzkranke Kinder zeigen, wesentlich befördern, und da sie besonders auch bei der solchen Kranken anhaftenden rheumatischen Anlage Rückfälle von Gelenkrheumatismus und Entzündungen der Herzhäute nur zu sehr begünstigen. Die grössere Feuchtigkeit aller am Wasser gelegenen Wohnhäuser und Quartiere ist auch der Grund, weshalb Herzkranke in den ersten Jahren nach überstandenem Rheumatismus im Sommer nicht an die Seeküste geschickt werden dürfen; zweckmässigerweise ist ihnen vielmehr der Aufenthalt auf dem flachen Lande oder im Mittelgebirge an sonnigen Orten anzurathen. Um die Kinder vor Erkältung und Durchnässung zu schützen, namentlich vor den schädlichen Folgen starker Schweisse, ist das Wollregime zu empfehlen, wenigstens so lange, bis Jahre nach der letzten acuten fieberhaften Herzerkrankung verflossen sind. Besonders zu hüten sind die Kinder auch vor der Durchnässung des Schuhwerks.

Die Diät spielt bei herzkranken Kindern eine äusserst wichtige Rolle. Jede starke Nahrungsaufnahme, jedes Vielessen, das bei Kindern so leicht in Gefrässigkeit ausartet, muss strengstens verhütet werden. Wenig voluminöse Mahlzeiten in zwei- bis dreistündigen Pausen. Eng im Zusammenhange hiermit steht die Sorge für regelmässige Stuhlentleerung. Die Kost selbst ist eine gemischte, unter Bevorzugung leicht verdaulicher Eiweissnahrung, besonders Milch, weicher Eier und zarter Fleischspeisen; auch muss sie in genügendem Masse leicht verdauliche Fette enthalten, namentlich Butterfett; von Kohlehydraten sind nur die schwer verdaulichen Hülsenfrüchte, Kohlarten und groben Brotsorten zu vermeiden, während der Genuss von sonstigen Gemüsen und Obstarten in mässigen Mengen den Kranken nicht vorenthalten zu werden braucht. Sehr zu warnen ist vor übermässiger Flüssigkeitsaufnahme. Auch das vielfach so beliebte Trinken von mehreren Litern Milch täglich ist ein unverzeihlicher Fehler. Alle die Herzthätigkeit stark erhöhenden und reizenden Genussmittel, wie Kaffee, Thee und Alkohol, in welcher Form auch immer, dürfen

herzkranken Kindern niemals gereicht werden. Recht eindringlich sollten herzkranke Kinder in den Entwicklungsjahren vor den schädlichen Folgen des Tabakgenusses gewarnt werden.

Die Anordnung einer möglichst ruhigen Lebensweise stösst bei den Kindern, die man dadurch von ihren Spielgenossen trennen muss, auf grosse, selbst unüberwindliche Schwierigkeiten, und sie ist auch nicht einmal zweckmässig. Spiele, namentlich im Freien, sind erlaubt; Ballspiele, Laufspiele und ähnliche Bethätigungen mit einer gewissen Masshaltung; alle sportsmässigen Spiele sind ausnahmslos zu untersagen. Das gilt besonders für das Radfahren, Tennisspielen, Rudern, Fussballspielen, Geräthturnen und derartigen anstrengenden Spielen mehr. Von grosser praktischer Wichtigkeit ist auch, ob Herzkranke kalt baden und schwimmen dürfen; einstimmig dürften alle Aerzte das Verbot des kalten Badens aufrecht erhalten, solange nicht eine Reihe von Jahren seit dem letzten Anfall von Rheumatismus oder Endokarditis verflossen ist. Die Erfahrung zeigt aber, dass Kinder mit gut compensirtem Klappenfehler, ohne ärztlichen Rath eingeholt zu haben, oder auch trotz ausdrücklichen Verbotes, im Hochsommer ohne jeden Schaden kalte Bassinbäder und selbst Seebäder nehmen; so hat Vf. eine ganze Anzahl Knaben und Jünglinge mit Klappenfehlern unter seiner Beobachtung, die ohne jeden Nachtheil zur Sommerzeit kalt baden und auch schwimmen. Bei solchen Patienten ist durch die sommerlichen Bäder eine gewisse Abhärtung eingetreten, die sie vielleicht vor erneuten Erkrankungen an Rheumatismus geschützt haben mag. Schwimmunterricht wird man allerdings niemals erlauben. Ueberhaupt ist es zweckmässig, bei den Kindern allmälig auf eine Abhärtung hinzuarbeiten, indem man durch kühle Abreibungen oder Waschungen oder Brausebäder die Empfindlichkeit der Haut und des ganzen Körpers gegen Erkältungen und Infectionen herabsetzt, aber erst ein bis zwei Jahre nach der letzten Erkrankung.

Was den Schulbesuch betrifft, so ist in der Mehrzahl der Fälle zu empfehlen, herzkranke Kinder später, als es das Gesetz vorschreibt, am Schulbesuch theilnehmen zu lassen. Es kommen hier in Betracht zunächst der grosse Zwang und die Disciplin gegenüber den bisher an unbeschränkten Genuss der Freiheit gewöhnten Kindern, das Stillsitzen in mehr oder weniger gezwungener Haltung, oft auf unzweckmässig gebauten Schulbänken, die erzwungene Aufmerksamkeit, die Furcht vor Schulstrafen und die seelischen Er-

regungen über alles Neue, das auf das Kind eindringt; ferner wirken nachtheilig das frühe Aufstehen durch Abkürzung der Schlafzeit, die schlechte Luft in überfüllten und mangelhaft gelüfteten und zur Winterzeit oft fehlerhaft geheizten Räumen, endlich die Erkältungsgefahr durch den häufigen Temperaturwechsel, dem die Kinder ausgesetzt sind. Durch die Schule wird die Ansteckungsmöglichkeit der verschiedenen Infectionskrankheiten gesteigert, von denen Keuchhusten, Scharlach, Diphtherie das Herz besonders gefährden. Auch in der Schule dürfen herzkranke Kinder nur an den Freiübungen des Turnunterrichts theilnehmen, nicht aber an den Geräthübungen.

Was die Berufswahl des herzkranken Kindes betrifft, so wird man den Kindern der arbeitenden Classen alle Berufe und Handwerke verbieten, die mit andauernder grosser körperlicher Arbeit verbunden sind: die Gewerbe der Maurer, Schlosser, Tischler, Schmiede, Zimmerleute. Dringend zu warnen ist vor dem Kellnerberuf und Beschäftigung in gastwirthschaftlichen Betrieben. Auch Landwirthschaft und Gärtnerei sind nicht zu empfehlen. Gleichermassen sind diejenigen Berufsarten nicht zu wählen, die mit anhaltend sitzender Lebensweise verknüpft sind, wie dies bei den Schneidern, Schuhmachern, Uhrmachern, Lithographen, Bogenschreibern, Zeichnern der Fall ist. Knaben eignen sich eher für das Gewerbe der Barbiere, Glaser, Tapezierer, Decorateure, zuweilen auch für den kaufmännischen Beruf. Bei Knaben, deren Eltern dem sogenannten Mittelstande angehören, kommt, wenn sie weniger begabt sind, fast nur der kaufmännische Beruf in Betracht; sind sie gut veranlagt, so könnte man an academische Berufe denken. Arzt und Lehrer darf ein Herzkranker nicht werden, eher Rechtsanwalt, Geistlicher, Ingenieur, Architekt oder Apotheker. Für Mädchen aus den Arbeiterständen kommt fast nur in Vorschlag eine Stellung als Dienstbote mit leichterer Arbeit, ferner Beschäftigung in den Putzgeschäften und in der Bekleidungsindustrie, wobei vor dem Maschinennähen ebenso wie bei allen Herzkranken vor dem anhaltenden Arbeiten an der Schreibmaschine nicht nachdrücklich genug gewarnt werden kann. Sind bei herzkranken Knaben und Mädchen künstlerische Anlagen vorhanden, so sollen sie gepflegt werden, wenn z. B. in der Malerei ein solcher Kranker etwas leisten kann. Schwieriger ist es schon für Herzkranke, in einer mit der Ausübung der Musik verknüpften Thätigkeit ohne Schaden wirken zu können. — (Die Krankenpflege, H. 9, 1902.)

Kleine Mittheilungen.

Strychnin als Cardiotonicum ist schon längst empfohlen worden. Jedoch sind nach Prof. Troisfontaines die gewöhnlich verordneten Dosen von 0·003—0·006 g pro die zu gering, um in wirksamer Weise die Kreislauforgane zu beeinflussen. Troisfontaines applicirt in 3—5 subcutanen Injectionen 0·008—0·0015 g Strychninum sulfuric. pro die. Er hat dabei nie die geringste unangenehme Nebenerscheinung, insbesondere nie das geringste Symptom von Tetanus beobachtet, selbst wenn die Medication wochenlang fortgesetzt wurde. Zuweilen empfiehlt es sich, dem Strychnin Sparteinum sulfuric. in täglichen Dosen von 0·15—0·2 g hinzuzugesellen. So applicirt, ist das Strychnin sehr nützlich bei Herzkranken mit ausgesprochener Herzschwäche, bei Pneumonie, bei acutem Lungenödem u. s. w. Vor Kurzem hat ebenfalls Witheford grosse Dosen von Strychnin, intraparenchymatös applicirt, als Prophylacticum gegen die Herzschwäche bei langdauernden chirurgischen Operationen empfohlen. — (Sem. médic.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Experimentelle Beiträge über den Werth der neueren uratlösenden Mittel. Von Dr. Wilhelm Meisels. Vf. machte vergleichende Untersuchungen mit den in letzterer Zeit empfohlenen uratlösenden Mitteln, wie Piperidinum tartaricum, hydrochloricum, Lysidin, Urotropin, Lycetol, ferner mit dem Acidum chinicum und Sidonal und dem von ihm näher studirten Piperazin. Vf. resumirt in Folgendem: 1. Das Urotropin in Dosen von 1—1·5 g pro die hat keine besondere harnsäurelösende Eigenschaft und ist gleichwerthig mit dem destillirten Wasser, welches bei 39° C. bis 26% Harnsäure zu lösen im Stande ist; umso mehr wirkt es auf den Harn zufolge seines freiwerdenden Formaldehyds als bactericides Mittel. 2. Piperidinum tartar. und hydrochlor. lösen bis 24%, resp. 28% Harnsäure. 3. Das Lysidin ist ein starkes harnsäurelösendes Mittel, und während 4. das Sidonal von der Harnsäure bis 33·35% zu lösen im Stande ist, 5. löst das Piperazin die Harnsäure am intensivsten, bis zu 71·5%. — (Pest. med.-chir. Presse; Therap. Monatsh.)

Zur klinischen Würdigung einiger neuer Arzneimittel (Agurin, Purgatin, Yohimbin). Von Dr. A. Hess. 1. Agurin Versuche an 30 Fällen von Stauung und Hydrops mannigfaltigen Ursprungs (Myokarditis, Herzklappenfehler, acute und chronische

Nephritis, Schrumpfniere, Pleuraexsudat, Ascites infolge von Lebercirrhose und tuberculöser Peritonitis). Guter Erfolg bei Myokarditis mit Oedemen an den Beinen, Ascites etc. dreimal täglich 1 g. Reichliche Diurese, rasches Schwinden der Oedeme und sonstiger Stauungserscheinungen. Aber auch Misserfolge wie bei Diuretin. Weniger gut waren die Erfolge bei Herzklappenfehlern, bei Pleuraexsudaten (vor oder nach der Punction), gering bei Ascites infolge von Lebercirrhose und tuberculöser Peritonitis — was mit den bei Verabfolgung von Diuretin gemachten Erfahrungen übereinstimmt. Ferner war nur bei chronischer interstitieller Nephritis ein günstiger Erfolg bemerkbar. Auch bei gesunden Personen war ein Ansteigen der Ausscheidungscurve zu constatiren. Vf. hält das Mittel nicht als entbehrlich, vielmehr als willkommenen und werthvollen Ersatz des Diuretins da, wo dieses heftige Nebenerscheinungen aufweist. Frei von solchen ist übrigens auch Agurin keineswegs. — 2. Purgatin wurde bei 60 Patienten versucht. Dosis 2 g, Abends verabreicht, nach 12 Stunden breiiger Stuhlgang. Selten Diarrhöe, keine Kolik oder unangenehme Empfindungen. Das Mittel ist geschmacklos, versagt aber zuweilen, selbst bei der grossen Dosis von 2 g, bei geringeren Gaben (0·5—1·0) bleibt die Wirkung recht oft aus. Nach dem Aussetzen setzt zuweilen Stuhlträgheit ein, was auch Ewald beobachtet hat. Sehr unangenehm ist die Rothfärbung des Urins und die Befleckung der Wäsche; auch muss man wissen, dass bei solchen Urinen die Heller'sche Probe positiv ausfällt und die Diazoreaction ebenfalls täuschend ähnlich wird. — 3. Yohimbin (Spiegel) wurde bei 20 theils neurasthenischen, theils völlig nervengesunden Personen, gegen Impotentia virilis in der vorgeschriebenen Dosis von dreimal täglich 0·005 g des Salzes angewandt. Jede suggestive Beeinflussung wurde vermieden. Es ist gewiss kein Specificum, scheint überhaupt ganz wirkungslos zu sein. — (Ther. d. Gegenw.; Wien. klin. Wochenschr.)

Ueber Entfettungscuren. Von Prof. Dr. C. Gerhard. Da es wünschenswerth wäre, neben diätetischen Vorschriften auch einige unterstützende Arzneimittel zur Verfügung zu haben, hat Gerhard mit Natrium biboracicum bei einigen fetten Personen Versuche angestellt, deren Fortsetzung ihm angezeigt erscheint. Versuche mit diesem Mittel haben bei Thieren und Menschen einen die Ernährung störenden Einfluss gezeigt. Namentlich scheint die Ausnützung der genossenen Nahrungsmittel herab-

gesetzt zu sein. Das Resultat dreier Versuche fasst Gerhard im Folgenden zusammen: Die drei Versuchspersonen boten keineswegs günstige Bedingungen für den Erfolg des Mittels. Zwei derselben waren mit erblicher Neigung zur Fettsucht behaftet, der eine war durch reichlichen Genuss weingeistiger Getränke an seinen Geweben geschädigt und stand im Verdachte beginnender Schrumpfniere. Die weibliche Kranke war schwerer als sie sein sollte, aber nicht gerade fettsüchtig, nur in ihren degenerirten Muskeln war krankhafter Fettreichthum anzunehmen. Entsprechend diesen ungünstigen Vorbedingungen waren auch die erzielten Ergebnisse nicht sehr beweisend. Im ersten Falle wurde nach 34tägiger Behandlung eine Abnahme um $7^1/_2$ kg, im zweiten Falle sehr geringe Abnahme, im dritten Falle (2 Monate, 3 Wochen Behandlung) Abnahme um $6^1/_2$ kg constatirt. Die Dosis von dreimal täglich 0·25 wirkt nicht oder wenig, 0·5 wirken gut und werden gut vertragen, während dreimal täglich 1 g schon nachtheilige Wirkung entfaltet. — (Ther. d. Gegenw.; Wien. klin. Wochenschr.)

Hämol, Hämogallol, Ferhämol, Jodquecksilberhämol, Arsenhämol, Bromhämol von Dr. E. v. Matzner. Hämol- und Hämogallolpräparate wurden in dem Laboratorium Prof. Kobert's dargestellt. Kobert ging von der Ansicht aus, dass vom menschlichen Verdauungstractus aus von anorganischen oder locker organisch gebundenen Verbindungen für gewöhnlich weder Eisen noch Mangan resorbirt werde, dass aber solche Eisenpräparate, ohne dass sie resorbirt zu werden brauchen, doch eine gewisse locale günstige Wirkung entfalten können, indem sie entweder den im Darmcanal vorhandenen H_2S binden, oder bei reichlicher Mucinanwesenheit den Darm unter Bildung von Mucineisen davon zu befreien helfen, oder endlich, indem sie die anämische Magenschleimhaut hyperämisch und dadurch für das mit der Nahrung zugeführte Eisen aufnahmsfähig machen. Nachdem die Versuche die hohe Resorbirbarkeit des Hämoglobins und Hämatins festgestelllt hatten, ging Kobert daran, aus dem Blute unter Einwirkung reducirender Substanzen Mittelstufen zwischen Hämoglobin und Hämatin darzustellen und stellte das Hämogallol, Zinkhämol und das reine Hämol dar. Vf. hat Hämolpräparate in verschiedenen Fällen versucht und hatte stets Erfolg aufzuweisen. So bewährten sich Hämol, Hämogallol und Eisenhämol bei Anämie und Chlorose; Jodquecksilberhämol bei Syphilis, Arsenhämol bei verschiedenen Hautkrankheiten

und Bromhämol bei epileptischen und hysterischen Krankheiten. — (Die Heilkunde; Ph. P.)

Entziehungscuren bei Morphomanen. Von Dr. René Verhoogen. Die beiden befolgten Methoden, der raschen und der allmäligen Entziehung haben jede ihre Vor- und Nachtheile. Den wichtigsten Vortheil aber, den der sicheren Verhütung von Recidiven, bietet die rasche Abstinenz. Die Furcht vor Wiederholung dieser Cur wird dem Patienten eine Stütze im Kampfe gegen die Versuchung, rückfällig zu werden. Hingegen treten bei der raschen Abstinenz eine Reihe objectiver gefahrdrohender Erscheinungen auf, die mitunter für das Leben des Patienten verhängnissvoll werden können. Die gefährlichste dieser Erscheinungen ist die Alteration der Herzthätigkeit, wenn sie durch Spasmus der glatten Muskelfasern der Gefässe bedingt wird, da ja bei der bestehenden geringen Blutabfuhr, namentlich in die peripheren Körpertheile, eine enorme Steigerung der Herzthätigkeit beansprucht werden muss. Bei schweren Morphomanen mit Nierenaffection und bereits bestehender Myokarditis kann eine sehr schnelle und ausgebreitete Dilatation des Herzens eintreten und durch dessen Insufficienz in sehr kurzer Zeit, selbst plötzlich den Tod zur Folge haben. Das einzige und verlässliche Zeichen dieser drohenden Gefahr ist das Aussehen der Pulscurve, und zwar jenes Phänomen, welches zuerst von Jennings und Ball beschrieben wurde, wobei die Pulsgipfel nicht mehr spitzig erscheinen, die descendirende Pulslinie prolongirt wird und keine Rückstosselevation zeigt. In schweren Fällen beobachtete Verhoogen, dass an der Stelle der spitzen Pulsgipfel Plateaus erscheinen oder, wie er sagt: Die Pulsgipfel sind decapitirt. In diesen schweren Fällen kann man nicht durch Excitantien aufs Herz einwirken und man muss sich direct an das Gefässsystem wenden, um dessen Spannung aufzuheben, was seiner Ansicht nach nur durch eine ausgiebige Morphiumeinspritzung erreicht werden kann, da nur diese gegenüber den anderen vasodilatatorischen Mitteln eine prompte und nachhaltige Wirkung äussert. Die Wichtigkeit dieser Erscheinung in Betracht ziehend, empfiehlt er bei der raschen Entziehungscur öftere sphygmographische Aufnahmen, die er aber einigermassen modificirt, indem er von der von Morphomanen angewöhnten Maximaldosis sehr rasch auf kleinere heruntergeht und schon nach vier oder fünf Tagen auf solch kleine Dosen kommt, die für den Patienten nunmehr irrelevant sind. Durch langsames Vermindern

auch dieser kleinen Dosen kann nach 8—10 Tagen vom Beginne der Cur zur völligen Enthaltung übergegangen werden. Bei dieser Methode ist wohl der dritte und vierte Tag sehr lästig, aber nicht gefahrdrohend, wie bei der plötzlichen Abstinenz, und nach dem vierten Tage verläuft Alles ganz leicht und ruhig. — (Journal médical de Bruxelles: Wien. klin. Wochenschr.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Gallogen oder Ellagsäure von der Formel $C_{14}H_6O_8.2H_2O+$ $+H_2O$ stellt die chem. Fabrik Dr. A. Heinemann in Eberswalde aus den Divi-Divi-Schoten her. Nach Ad. Engelbrecht (Ph. Ztg.) ist Ellagsäure ein naher Verwandter des Tannins und der Gallussäure. Die Säure ist ein gelbliches, geruch- und geschmackloses Pulver, unlöslich in allen Lösungsmitteln saurer oder neutraler Natur, löslich in alkalischen Flüssigkeiten. Stärkere als 1—2%ige Lösungen krystallisiren in der Kälte aus. Die Lösungen zeigen alle Gerbsäure-Reactionen mit Eisensalzen, Leimlösungen u. s. w. Die Dosis und Anwendung sind dieselben, wie bei Tannalbin, also 0·3—0·5 pro dosi bei Kindern und 1 g drei- bis fünfmal täglich für Erwachsene. Das Pulver kann als solches oder mit irgend einem neutralen oder sauren Substrat, sowie mit schleimigen Vehikeln, wie Salep oder Gummi arabicum gegeben werden. Es ist auch in 10%igen Chocoladetabletten à 2 g erhältlich. — (Ph. P.)

Episoin, $C_{14}H_{11}ON.HCl$, nennt Vahlen die salzsaure Verbindung eines Oxamidophenanthrens. Vf. geht von der Voraussetzung aus, dass der im Morphin enthaltene Phenanthren-Kern der Träger der Morphinwirkung ist, wobei auch der Stickstoff eine Rolle spielt. Episoin ist in Wasser und Aether unlöslich, dagegen leicht löslich in Alkohol und Chloroform, sowie in angesäuertem Wasser. In Dosen von 0·1—0·13 soll es beruhigend und schlafbringend wirken. — (Arch. f. exp. Ph. durch Ph. Ztg., Ph. P.)

Perdynamin. Von Dr. Otto Kronheim. Perdynamin ist animalisches Eiseneiweiss, also Eisenpräparat und Nährmittel. Nach dem Gutachten der Gerichtschemiker Dr. Lebbin und Dr. Breslauer ist Perdynamin „vollständig verdaulich und resorbirbar. Das Eisen ist vollständig an Eiweiss gebunden und in Form von Hämoglobin. Das Eisen wird vollständig vom Körper aufgenommen. Die Nährhaftigkeit ist doppelt so gross als die der Hühnereier.“ Das Prä-

parat ist sehr wohlschmeckend. Aus der Zusammensetzung ergibt sich, dass es bei allen Schwächezuständen und in den Fällen, wo man den Ernährungszustand und die Blutbildung heben will, seine Anwendung findet: bei Chlorose, Anämie, Scrophulose, Phthise und Reconvalescenz. Ferner hat das Perdynamin stets gute Dienste geleistet bei Appetitlosigkeit der Patienten. Das Erbrechen der Schwangeren wurde in günstigster Weise durch das Perdynamin beeinflusst. Perdynamin ist ein flüssiges Präparat, wird eine halbe Stunde vor der Mahlzeit genommen, entweder rein oder vermischt mit Wein, Thee oder Selterswasser, jedes Mal ein Cognacgläschen voll. An Appetitlosigkeit Leidende nehmen pro Tag 1—2 Esslöffel unverdünnt; Kindern verabfolgt man zweimal täglich 1—2 Kinderlöffel rein oder in lauwarmer Milch. — (Deutsche med. Wochenschr.)

Zur Behandlung des Ulcus cruris:

1. Rp. Pepton. sicc.
Amyl. tritic.
Zinc. oxyd. } āā 20·0
Gumm. arab. subt. pulv. 40·0
Lysoli gtts. XV
Ol. melissae gtts. V
Aq. font. q. sat.

ut f. pasta mollis. D. S. Peptonleim.

2. Rp. Camphor. trit. 2·0
Zinc. oxyd. 15·0
Axungiae ad 100·0

D. S. Kamphersalbe.

Als Abführmittel:

1. Rp. Phenolphthaleini
Sacchari lactis } āā 3·0
Mucil. gumm. arab. q. sat.

ut f. pilul. Nr. XXX. D. S. Dreimal täglich 1—2 Pillen zu nehmen.

2. Rp. Physostigm. salicyl. 0·005
Sacchari lactis 0·3

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. VI. D. S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

3. Rp. Purgatini 0·5

Dtr. tal. dos. Nr. VI. D. S. Abends ein Pulver zu nehmen.

4. Rp. Extr. colocynth. 1·50
Extr. hyoscyami 0·40
Extr. jalapae
Leptandrini } āā 0·75
Podophyllini 0·30
Extr. gentian. q. sat.

ut f. pilul. Nr. XXX. D. S. Abends zwei Pillen zu nehmen.

Bei rheumatischen Muskelschmerzen:

1. Rp. Methyl. salicyl.
Vasogen. fluid. } āā 25·0
Ol. lavandul. gtts. X

D. S. Zum Einreiben.

2. Rp. Acid. salicyl. 1·0
Methyl. salicyl. 2·5
Ol. eucalypti gtts. XXV
Ol. salviae gtts. X
Ol. myristic. 2·0
Ol. camphor. 5·0
Spirit. juniperi. ad 50·0

D. S. Zum Einreiben.

3. Rp. Amyl. salicyl. 5·0
D. S. Zum Einpinseln.

4. Rp. Extr. aescul. hippocast. fluid. 5·0
Spirit. vin. lavandul. ad 100·0
D. S. Zum Einreiben.

Bei Hyperidrosis manuum:

1. Rp. Didymii salicyl. 10·0
Talc. venet. ad 100·0
D. S. Streupulver.

2. Rp. Tinct. belladonn. 10·0
Aq. coloniensis 90·0
D. S. 2—3mal täglich mit der Menge eines halben Löffels einzureiben.

Bei Pruritus ani:

Rp. Acid. carbol. liquefact. 1·0
Mentholi 0·5
Cocaïni basic.
Orthoformii } āā 1·50
Vaselini alb. 20·0
M. f. ungt. D. S. Juckstillende Salbe.

Sitzungsberichte.

Verein für innere Medicin in Berlin.

Paul Jacobsohn: **Zur Kost der Zuckerkranken.**

M. H.! Gestatten Sie mir, Ihre Aufmerksamkeit für einige Augenblicke auf eine neue Art kohlehydratarmen Gebäcks hinzulenken, welchem nach meinem Dafürhalten vom Gesichtspunkte der Krankenpflege erhebliche Bedeutung zukommen dürfte. Der Arzt ist genöthigt, bei der Behandlung Zuckerkranker die Zufuhr von Kohlehydraten auf ein ganz bestimmtes, individuell natürlich schwankendes Maximum zu beschränken. Im Allgemeinen folgen die Kranken auch unseren Anordnungen ohne Widerstand, solange wir die Kohlehydratzufuhr bei Gemüsen, Suppen, Getränken und dergleichen mindern, ganz anders aber, sobald wir den Brotkorb höher hängen wollen. Brot vermag der Culturmensch nur mit Aufbietung grösster Willenskraft für längere Zeit zu entbehren, und deshalb weiss auch jeder Arzt, dass die diätetische Therapie des Diabetes im Wesentlichen eine Brotfrage ist.

Seit Bouchardat (1875) zuerst ein Kleberbrot empfohlen hat, sind vielfach mehr oder minder erfolgreiche Versuche gemacht worden, dem Zuckerkranken durch Surrogate Ersatz für das Brot, den Hauptträger der Kohlehydrate, zu bieten. Vor Allem war es Ebstein, welcher durch Vermischen des Mehls mit trockenem Eiweisspulver, hauptsächlich Aleuronat, den procentualen Antheil der Kohlehydrate am Mehl, bezw. fertigen Brote herabzudrücken suchte. Der Erfolg der Ebstein'schen Bemühungen wurde leider dadurch in Frage gestellt, dass die Industrie sich an vielen Orten der Sache bemächtigte und sogenannte Aleuronatbrote herstellte, von häufig unzuverlässiger, uncontrolirter Zusammensetzung. Jeder beliebige Bäcker hatte das Recht, Aleuronatbrote zu verkaufen, gleichgiltig, welche Mengen des Pflanzeneiweisses er dem Teige zufügte. Viel war es in der Regel nicht, denn abgesehen vom Preise des Aleuronats, leidet auch der Geschmack der Brote erheblich, wenn über 15% Aleuronatzusatz hinausgegangen wird, wie Lott in exacter Weise dargethan hat. Man muss somit sagen, dass praktisch die Einführung des Aleuronatbrotes insofern schliesslich mehr Schaden als Nutzen gebracht hat, als die seitens vieler Fabrikanten

erfolgten scrupellosen Empfehlungen desselben als absolut unschädliches Gebäck für Zuckerkranke die Kranken, bisweilen aber auch die Aerzte in diesem Punkte zu sorglos gemacht haben. Bedenkt man, dass der Kohlehydratgehalt der handelsgängigen Aleuronatbrote ca. 40—48%, gegenüber ca. 50% bei grobem Roggenbrot beträgt, so ist zu begreifen, weshalb viele Aerzte geneigt sind, auf die Anwendung der genannten Surrogate ganz zu verzichten. Noch ungünstiger liegen die Verhältnisse bei wasserarmen Dauergebäcken (Cakes, Zwieback und dergleichen), deren Kohlehydratgehalt mindestens 50% beträgt, während die von Pavy zuerst im Jahre 1865 empfohlenen und von v. Leyden (1886) durch Zufügung eines künstlichen Süssstoffes verbesserten Mandelgebäcke ihres kuchenartigen Geschmackes halber nicht als eigentliches „Brot"-Surrogat bezeichnet werden können; dieselben sind gleichwohl ziemlich kohlehydratfrei und können als Abwechslung für die Kost der Zuckerkranken empfohlen werden. Dem Aleuronatbrot gegenüber darf man das von v. Noorden empfohlene und von Rademann fabricirte wohlschmeckende Diabetiker-Schwarzbrot mit nur ca. 36% Kohlehydraten, namentlich aber die Diabetikerstangen mit nur ca. 20% Kohlehydraten als Fortschritt gelten lassen, während das Rademann'sche Diabetiker-Weissbrot mit 42% Kohlehydraten keinen Vorzug vor dem gewöhnlichen Aleuronatbrot besitzt.

Wenn ich nun heute Ihre Aufmerksamkeit für ein neues Gebäck dieser Art in Anspruch nehme, nämlich für das Roborat-Diabetikergebäck, so geschieht dies, weil damit thatsächlich ein bemerkenswerther und wesentlicher Fortschritt auf diesem Gebiete erzielt worden ist. Wie schon Loewy und Pickardt bemerkt haben, zeichnet sich das Roborat durch seine ihm eigenthümliche Backfähigkeit aus, d. h. die Fähigkeit, für sich allein oder mit anderen Substanzen einen elastischen Teig zu bilden, wodurch ermöglicht wurde, Brot und anderes Gebäck aus ihm herzustellen, welches unter Beibehaltung des eigentlichen Brot- und Gebäckgeschmackes nur ca. die Hälfte und weniger des bisherigen Kohlehydratminimums aufweist; nämlich beim Roborat-Diabetiker-Schwarzbrot nur ca. 18%, beim Roborat-Diabetiker-Weissbrot ca. 26%, bei den Roborat-Diabetiker-Stangen nur 7·5% und beim Roborat-Diabetiker-Zwieback nur ca. 18%. Das Roborat-Mandelbrot enthält, gleich den übrigen Mandelbroten des Handels, ca. 1% Kohlehydrate, übertrifft sie aber durch den mehr brotartigen Geschmack. Trotz der relativen Kohlehydratarmuth der Roboratgebäcke zeigen dieselben einen guten Wohlgeschmack; beide bedeutsamen Factoren in dem Grade zu vereinigen, ist meines Wissens bisher nicht gelungen. Schliesslich möchte ich noch einige Punkte hervorheben: zunächst die lange Haltbarkeit der Roboratbrote, von der ich mich selbst überzeugt habe. Sie sättigen stark, ein bei Diabetes sehr ins Gewicht fallendes Moment. Sie sind nicht nur reich an Eiweiss, sondern besonders auch an Fett (11—12% gegen ½% gewöhnlichen Brotes), ohne fett zu schmecken; der Geschmack gewinnt sogar durch Bestreichen mit Butter. Das Roborat, das mit Fett eine sehr feine Emulsion bildet, scheint das Fett für die Wahrnehmung zu „maskiren". Gerade für Diabetiker ist aber reichliche Fettzufuhr von grosser Bedeutung. Da die Herstellung des Roboratbrotes dauernder genauer chemischer Controle unterstehen soll, so bietet sich für Arzt und Kranke damit eine wünschenswerthe Garantie für gleichmässige und zuverlässige Zusammensetzung desselben. — (Deutsche med. Wochenschr.)

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Die Société médicale des Hopitaux hat sich wiederholt mit der **Behandlung der Arteriosklerose durch concentrirte alkalische Salzlösung** nach der Methode von Trunecek in Prag beschäftigt. Dieser Forscher hatte in einem Artikel in der „Semaine médicale" vorgeschlagen, die Verkalkung der Arterien durch subcutane Injectionen von concentrirter alkalischer Salzlösung zu behandeln. Die verwendete Lösung enthält die im Blutserum nachgewiesenen Salze, sie ist ungefähr 6%ig, wovon 5% auf das Chlornatrium kommen. Man beginnt mit einer 1/3 Pravazspritze und steigt allmälig zu mehreren Cubikcentimetern auf. In einem Falle von ausgedehntem Aortenaneurysma will Trunecek durch 190 cm³ seiner Lösung, die in 50 Injectionen beigebracht wurden, wesentliche Besserung des Zustandes und Verkleinerung der Geschwulst erzielt haben. Auf Grund dieses und einiger ähnlicher Fälle, sowie einiger Laboratoriumsversuche und theoretischer Erwägungen, glaubt er behaupten zu dürfen, dass durch seine Methode die alkalischen Salze im Blute und damit die Alkalinität des letzteren vermehrt wird, dass dadurch der phosphorsaure Kalk, der bei der Arteriosklerose die Gefässwände incrustirt, in Lösung gehalten wird und dass als weitere Folge die organischen Verbrennungen beschleunigt, der Stoffwechsel der Zellen den normalen Verhältnissen genähert und so schliesslich die verschiedenen Functionen der Organe, besonders des Herzens und der Gefässe, regularisirt werden. Tessier und Levi prüften zuerst diese Angaben nach; sie fanden, dass der Blutdruck nach den Einspritzungen sich vermindert, und schrieben diesem Umstande die günstigen Erfolge der concentrirten alkalischen Salzlösungen bei Arteriosklerose zu. Merklen hat ebenfalls Versuche in dieser Richtung angestellt. Er kann zwar der Lösung von Trunecek keine Einwirkung auf die sklerotischen und atheromatösen Veränderungen der Gefässwand zuerkennen, trotzdem hat er günstigen Einfluss der Lösung auf die Hyperexcitabilität und Asthenie bei Arteriosklerose beobachtet. Motorische, sensible und psychische Störungen, die von der Hirnarteriosklerose herrühren, können nach ihm durch diese Lösung gebessert werden. Er vergleicht diese Einspritzungen mit den Brown-Séquard'schen Hodensaftinjectionen, die nach seinen eigenen Angaben viel mehr auf die Neurasthenie einwirkten. Auch den Anfällen von Asthma und Herzinsufficienz bei Arteriosklerose gegenüber hat Merklen guten Erfolg von jener Lösung gesehen. In der letzten Sitzung der Société médicale des Hopitaux führte Levi eine Reihe von Patienten vor, die an Kopfschmerz, Ohrensausen mit oder ohne Taubheit, Schlaflosigkeit, Paresis und Ameisenkriechen in den Beinen und an verschiedenen anderen auf Insufficienz der arteriellen Circulation zurückzuführenden Erscheinungen gelitten hatten und durch die Lösung von Trunecek gebessert oder geheilt worden sind. Bei einigen derselben besteht die Heilung seit 10 Monaten uneingeschränkt weiter. Das Mittel wurde subcutan, per rectum oder per os gegeben. Für diese letztere Anwendungsweise verordnet Levi Natr. chlor. 10·0, Natr. sulf. 1 g, Calc. phosph. 0·4, Magn. phosph. 0·4, Natr. carb. 0·4, Natr. phosph. 0·3. Divide in part. aeq. No. 12. Täglich 1—3 Pulver 14 Tage bis drei Wochen lang zu nehmen. — (Deutsche med. Wochenschr.)

Bücher-Anzeigen.

Specielle Pathologie und Therapie. Von Hofrath Prof. Dr. Hermann Nothnagel. III. Band, II. Theil, II. und III. Abtheilung. Febris recurrens. Von Dr. Eggebrecht in Leipzig. Febris herpetica. Von Docent Dr. Karl Hirsch in Leipzig. Verlag von Alfred Hölder, Wien 1902.

Den grösseren Theil dieses Bandes nimmt die vorzügliche Arbeit von Eggebrecht über das Rückfallfieber ein. Alle Beziehungen dieser insbesonders für die Lehre der Infectionskrankheiten wichtigen Krankheit sind mit grosser Sachkenntniss dargestellt, eine sehr eingehende, den Gegenstand erschöpfende Darstellung hat die Aetiologie erfahren. Den kleineren Theil des Bandes nimmt, dem Wesen der Sache nach, die Abhandlung von Hirsch über die Febris herpetica ein. Vf. ist der Meinung, dass man vorläufig die Febris herpetica als selbständige Krankheit nicht verneinen solle. Diese Ansicht ist gewiss richtig; denn Sicherheit über die strittige Frage der Selbständigkeit kann nur durch die ätiologische Forschung gewonnen werden. — Druck und Ausstattung des Bandes sind vorzüglich.

Therapie der Erkrankungen des Respirations- und Circulationsapparates. Von Dr. Max Kahane in Wien. Verlag von Alfred Hölder. Wien und Leipzig 1902. (Preis K 6·80.)

Vorliegendes Buch ist, wie der Vf. in seinem Vorworte sagt, für die Zwecke des praktischen Arztes bestimmt. Wir können sagen, dass das Buch diesem Zwecke vollkommen entspricht. Der Praktiker wird in demselben nichts missen, was für die Behandlung der betreffenden Krankheiten von Wichtigkeit ist. Wie alle Schriften Kahane's zeichnet sich auch diese durch elegante Darstellungsweise aus. Das Buch sei als verlässlicher und angenehmer Führer den Praktikern bestens empfohlen. Druck und Ausstattung sind hübsch.

Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Von Prof. Dr. E. Zuckerkandl. II. Heft: Brust, in 48 Figuren mit erläuterndem Texte; III. Heft: Bauch, in 95 Figuren mit erläuterndem Texte; IV. Heft: Becken, in 113 Figuren mit erläuterndem Texte. Verlag von Wilhelm Braumüller. Wien und Leipzig 1900—1902.

In meisterhafter Darstellung sind in diesen drei Heften die Organe der Brust, des Bauches und des Beckens zur Ansicht gebracht. Die einzelnen Figuren sind die getreueste Wiedergabe der natürlichen Verhältnisse. Sowohl der Internist als auch der Chirurg werden aus dem Studium desselben reiche Belehrung schöpfen. Die Ausstattung ist vorzüglich.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Ueber Silbercatgut.

Von Dr. Richard Leo Grünfeld in Wien.

Die moderne Chirurgie verdankt ihre grossen Errungenschaften einer überaus günstigen und zweckmässigen Combination von Theorie und Praxis, einer sinngemässen Modification des Althergebrachten neben eingehender Würdigung der neuesten Forschungen. So übten schon Celsus und Galen die Blutstillung in Form der Ligatur eines blutenden Gefässes, und heute sind wir, seit Paré im XVI. Jahrhundert diese vergessene Methode wieder entdeckte, im Stande, selbst die grössten Operationen bei minimalem Blutverlutse durchzuführen. Seitdem wir aber auch in genauer Kenntniss der Ursachen jener gefürchteten accidentellen Wundkrankheiten selbst bei dem kleinsten Eingriffe die strengste Asepsis und Antisepsis beobachten, ist unsere Methode der Blutstillung durch Ligatur und Naht beinahe an der Grenze der Vollkommenheit angelangt. Kein Wunder, wenn man daher allerorten bemüht ist, auch in dieser Richtung die Technik zu einer vollendeten zu gestalten und dem Unterbindungsmaterial ernste und eingehende Studien widmet.

Seit Beginn des vorigen Jahrhunderts ist neben der jetzt allgemein durch Kochhitze sterilisirten Seide das aus Katzen- und Schafdarmsaiten präparirte Catgut in Gebrauch. Jedes dieser beiden hat derzeit seine strengen Indicationen. Catgut wird resorbirt, der Seidenfaden heilt ein. Bei grossen Arterien und Venen ist der Seidenfaden verlässlicher, bei versenkten Schleimhautnähten der resorbirbare Catgutfaden souverän. Bedenkt man beispielsweise die Gelegenheit zur Steinbildung um einen Seidenfaden in der Blase, so wird der Wunsch nach resorbirbarem Material so nahe liegen, wie seinerzeit in der Blüthezeit des Murphy-Knopfes die Nachfrage nach einem resorbirbaren Verschlussobject. Anderseits ist es jedem Praktiker bekannt, dass der entfernbare Seidenfaden zur Hautnaht bei starker Spannung dem Catgut vorzuziehen ist. Kurz, die Indicationen wären wohl strenge, aber sie konnten nicht gehandhabt werden, weil das Catgut nie als gleichwerthig mit der

Seide concurriren konnte, da die im Rohcatgut vorhandenen Keime nicht in gleich einfacher Weise durch Kochen abgetödtet werden können, wie die in der Rohseide. „Sowohl die Trockenhitze," sagt Minervini (Zur Catgutfrage, Deutsche Zeitschr. f. Chir. LIII, S. 1), „als auch die Erwärmung in indifferenten Flüssigkeiten (Alkohol, Aether, Chloroform, Xylol, Fettstoffe, Kohlehydrate) bei normaler oder erhöhter Pression, tödtet die im Catgut vorhandenen widerstandsfähigen Keime und Sporen nur dann ab, wenn sie die Temperatur von 140—150° erreichen und einige Stunden einwirken, jedoch unter diesen Umständen beginnen die physischen Veränderungen des Darmes, aus dem ja Catgut fabricirt wird. Im Allgemeinen kann man daher annehmen, dass die aseptischen Präparationsmethoden keine Garantie einer absoluten Sterilität bieten und gleichzeitig nicht die vollkommene physische Integrität des Catguts erhalten können."

Die Frage der Catguteiterungen war daher immer eine acute, und das Catgut, seine Herstellung, sowie seine Gefahren wiederholt Congressthema. So z. B. im Jahre 1895 auf dem XXIV. Congresse der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie", wo, angeregt durch Lauenstein, Kocher den Antrag stellte, die Catguteiterungen auf dem nächsten Congresse auf Grund einer Sammelforschung zu verhandeln. In den Berichten über den XXV. Congress konnte ich jedoch nichts von einer Sammelforschung finden, sondern nur ein Referat von Hofmeister, der wieder eine Sterilisation durch Kochen angab, mit dem unvermeidlichen Pferdefusse der Sublimataufbewahrung.

Ein brauchbares aseptisches Catgut ist daher bisher noch nicht hergestellt, und man musste daher bestrebt sein, ein antiseptisches Catgut einzuführen, das allen Anforderungen, die an ein gutes Naht- und Unterbindungsmaterial gestellt werden, entspricht. Die Folge davon ist eine grosse Anzahl angegebener, meist sehr complicirter chemischer Desinfectionsmethoden. Die grosse Zahl derselben ist schon an sich Beweis dafür, dass viele oft im Stiche liessen und die wenigsten geeignet, ein wirklich einwandfreies Präparat zu produciren.

Die sogenannten gemischten Präparationsmethoden, die in der successiven Einwirkung der Antiseptica und der Trockenhitze bestehen, sollen zwar ein absolut steriles Catgut liefern, aber das Präparat erleidet durch die vielen, sehr complicirten Manipulationen eine erhebliche Einbusse in seiner Gebrauchsfähigkeit. Auch

Minervini kommt in seiner werthvollen Studie auf Grund einer grossen Anzahl gründlicher und zweckmässiger Experimente endlich zu dem Schlusse, dass die antiseptischen Methoden der Einfachheit und Sicherheit halber die empfehlenswerthesten seien und hält die Sublimat- und Juniperusdesinfectionen für die entsprechendsten.

Es gibt aber viele Chirurgen, denen der Gebrauch antiseptischer Präparate nicht in ihre Asepsis passt und die daher unter den obwaltenden Verhältnissen trotz des unbedingt bestehenden Bedürfnisses auf die Anwendung des Catgut überhaupt lieber verzichten und auch dort mit Seide arbeiten, wo Catgut hingehört.

Credé stellte nun im Jahre 1896 (Silber und Silbersalze als Antiseptica, Leipzig, Vogel) folgende Postulate an das ideale Antisepticum: 1. Es muss in der angewendeten Form für den menschlichen Körper gefahrlos sein; 2. in dieser Form abtödtend auf alle in Frage kommenden Mikroorganismen wirken; 3. darf es auf thierische Gewebe, mit denen es in directe Berührung kommt, nicht schädigend oder zerstörend einwirken. Das gediegene Silber wird nun erst dann ein Antisepticum, wenn Keime vorhanden sind, es stellt daher gleichsam ein Sicherheitsventil dar, welches nur in der Stunde der Gefahr in Wirksamkeit tritt. Demnach nimmt das Silber eine Mittelstellung zwischen Asepsis und Antisepsis ein und entspricht sämmtlichen Anforderungen in gleicher Weise. Credé selbst hat in der genannten Publication zum ersten Male das milchsaure Silber (Actol) und das citronensaure Silber (Itrol) für die Wundbehandlung, wie für die Herstellung von Silberseide und Silbercatgut angegeben und referirte über dieses Thema auf dem XXV. Congress der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie". Seine Silbercatgutbehandlung ist übrigens in weiteren Kreisen bekannt geworden, weniger jedoch seine Silbercatgutherstellung. Ich konnte in der mir zugänglichen Literatur nur eine Arbeit von E. Boeckmann (St. Paul, Minn.) finden. (Ref. Centralbl. f. Chir. 1900, Nr. 3.) Credé's Verfahren besteht im Wesentlichen in der Silberimprägnirung des Rohcatguts durch 1% Actolwasser während einer Woche, hierauf Reduction des Actols zu metallischem Silber durch das Sonnenlicht; nach Eintritt dieser Reduction Abspülen mit Wasser, Trocknung, Glattstreichen durch „gut gewaschene Hände" und Aufbewahrung in 60% igem Alkohol. Boeckmann, welcher ausschliesslich Catgut zur Naht und Unterbindung verwendet, das er seit Jahren nur nach Credé

durch Actol sterilisirt, desinficirt das Rohcatgut zunächst mit grüner Seife und Bürste, imprägnirt sodann wie Credé, wäscht mit sterilem Wasser ab, härtet hierauf in Alkohol oder 1% igem Formalin, um endlich nach der Härtung und Trocknung die in Paraffinpapier eingehüllten Catgutbündel bei 150° trockener Hitze, also „gemischt", zu sterilisiren.

Ich will nun kurz die Methode skizziren, welche ich in Modificirung der beiden letztgenannten Verfahren seit mehr als einem Jahre gemeinsam mit Collegen Dr. Ehrenfest an der III. chirurgischen Abtheilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien (Primararzt Doc. Dr. R. Frank) zur Darstellung des Silbercatguts anwandte.

Ein weithalsiges Präparatenglas mit eingeschliffenem Glasstöpsel von circa 200 cm^3 Inhalt wird zunächst in kochendem Wasser sterilisirt und mit circa 100 g Spiritus saponato-kalinus gefüllt. In diese Flüssigkeit gibt man das vorher mit Bürste und Seifenspiritus gereinigte Rohcatgut*) und belässt es durch 24 Stunden. Durch diese Proceduren wird das Catgut von den an seiner Oberfläche anhaftenden Keimen, Toxinen, Ptomainen, sowie von den Fabricationsverunreinigungen befreit. Hierauf wird der Seifenspiritus abgegossen und die etwa dem Catgut noch anhaftende Seifensubstanz durch Uebergiessen und Schütteln mit 90% igem Alkohol entfernt. Der Alkohol wird sodann abgegossen und das Catgut in 1% iges Actolwasser gelegt. Das Glasgefäss, in welchem diese Imprägnirung vorgenommen wird, soll für Licht undurchlässig sein, also entweder von blauer oder brauner Farbe oder, falls man das ursprüngliche Präparatenglasgefäss verwendet, mit schwarzem Papier beklebt oder umwickelt sein. Aufbewahrung dieses Gefässes mit dem Actolcatgut an dunklem Orte durch circa 7—8 Tage. Nach Ablauf dieser Zeit giessen wir das Actolwasser ab, entfernen entweder das schwarze Papier oder, falls wir ein dunkles Glas verwendet haben, entnehmen wir demselben das Catgut mit sterilen Instrumenten und legen es in ein ausgekochtes, trockenes, farbloses Glasgefäss, welches sodann dem directen Sonnenlichte ausgesetzt wird. Hiebei scheidet sich das metallische Silber durch Reduction des Actols in der Structur des Fadens aus

*) Es ist zweckmässig, das Catgut, das gewöhnlich von den Fabriken in Ringen geliefert wird, aufzubinden und durch Knoten in mehrere, einer Ligaturlänge entsprechende Abschnitte, circa 25—30 cm, einzutheilen.



und färbt denselben schwarzbraun. Nach Eintritt dieser Färbung wird das Catgut in absolutem Alkohol mit 10% igem Glycerin aufbewahrt und ist in dieser Form gebrauchsfertig.

Zum Gebrauche entnimmt man dem Gefässe die für die betreffende Operation voraussichtlich erforderliche Quantität Catgut mit sterilen Instrumenten. Die etwa übrig bleibenden Fäden kann man sammeln und sie neuerdings den angeführten Proceduren unterziehen, wodurch die Sterilität, sowie die Gebrauchsfähigkeit keine Einbusse erleidet und mit dem verhältnissmässig theueren Catgut sparsam gewirthschaftet werden kann.

Statt des sehr leicht (1 : 15) wasserlöslichen Actols habe ich auch mit dem citronensauren Präparate (Itrol) experimentirt, welches sich ungefähr in dem Verhältnisse 1 : 3800 in Wasser löst. Ich verwendete eine 1% ige Suspension, also sozusagen eine concentrirte Lösung, indem ich mit dem überschüssigen, ungelösten Pulver das Catgut durch Umschütteln bestreute. Die übrigen Massnahmen waren analog dem Actolverfahren, die Resultate genau dieselben. Ich glaube jedoch, dass für die Itroldarstellung eine Lösung 1 : 4000 auch entsprechen dürfte.

Das auf diese Weise hergestellte Catgut habe ich zunächst vor der Aufbewahrung in Glycerinalkohol jedesmal bacteriologisch untersucht und vollständig keimfrei befunden. Auch Herr Doc. Dr. Ghon war wiederholt so liebenswürdig, Catgutstichproben zu prüfen und fand sie jedesmal „culturell und mikroskopisch steril“. Es unterliegt daher keinem Zweifel, dass dieses Silbercatgut thatsächlich frei von Mikroorganismen, insbesondere den gefürchteten Eitererregern ist. Auch die bekannten Brunner'schen Catgutbacillen konnten nicht nachgewiesen werden.

Die Frage, wann das Silbercatgut von den menschlichen Geweben resorbirt wird, versuchte ich auf radiographischem Wege zu lösen, indem ich gelegentlich der Entfernung eines Fremdkörpers aus der Hohlhand einen kleinen Catgutfaden in die Wunde legte, der jedoch, obwohl die Hand bereits nach einigen Stunden röntgenisirt wurde, keinen deutlichen Schatten gab, im Uebrigen aber ohne Reaction im Gewebe einheilte. Weitere radiologische Experimente über Catgutresorption sind im Gange, und wird darüber gelegentlich berichtet werden.

Die Sterilität des Präparates steht somit ausser Zweifel, desgleichen ist die Ungiftigkeit und Gefahrlosigkeit des Silbers für den menschlichen Körper bekannt, ja der Silberfaden schützt den

Stichcanal sogar vor einer etwaigen Infection durch die Haut des Patienten, „das Actol, resp. Itrol, bleibt im Gewebssafte gelöst, dringt in die Umgebung ein und nimmt infolge dessen Einwirkung auf die ferner liegenden Spaltpilze“ (Credé l. c.). Die Silberpräparate sind daher unbedingt den Giften: Sublimat, Carbol etc. vorzuziehen.

Der Hauptvortheil des Silbercatguts liegt jedoch in seinen physikalischen Eigenschaften. Das Präparat zeichnet sich zunächst durch grosse Festigkeit aus, wahrscheinlich durch den Metallüberzug, im Gegensatze zu den übrigen Catguts, welche entweder durch rasche Quellung oder hohe Temperatur oder auch beides sehr leicht brüchig werden, ferner durch seine leichte Knotungsfähigkeit. Die anderen Präparate werden meist so dick, dass man sie nur durch die grössten Nadelöhre einfädeln kann und, als Ligatur verwendet, von den kleinen Gefässen leicht abrutschen. Unser Präparat hat höchstens die Stärke einer mitteldicken Seide. Das Catgut ist trotzdem, wahrscheinlich durch die Glycerinalkoholaufbewahrung, etwas schlüpfrig, daher weder spröde, noch schwach. Was endlich die Vortheile meiner Methode gegenüber der von Credé und Boeckmann anlangt, so sind es erstens die Einfachheit der Darstellung neben absoluter Vermeidung der Hände, mögen dieselben „gewaschen“ oder „steril“ sein. Bei meiner Methode wird ferner die Wassernachwaschung, die das Catgut nur zum Quellen bringt, umgangen, indem ich nur mit spirituösen Flüssigkeiten hantire. Schliesslich ist durch die vorherige gründliche Seifenspirituswaschung jedwede Nachsterilisation bei erhöhter Temperatur überflüssig gemacht, und das Catgut ausserdem jederzeit gebrauchsfähig, indem die Härtungsflüssigkeit auch zur Aufbewahrung dient.

Wir haben dieses Catgut bei vielen vollkommen aseptischen Operationen angewendet, ohne jemals eine Eiterung, sei es auch nur eine „aseptische“, gesehen zu haben, ohne dass uns jemals eine Ligatur gelockert oder eine Naht gerissen wäre. Als Belastungsprobe habe ich ferner bei circa 10—12 Schnittwunden im Gesichte, am Arm etc. gelegentlich Säbel- und Schlägerverletzungen bei Studentenmensuren im selbstredend nur sehr oberflächlich gereinigten Operationsfeld mit Actolcatgut genäht und nur Heilungen per primam intentionem beobachtet.

Die bisherigen Resultate, die sich auf einen Zeitraum von ungefähr 1½ Jahren beziehen, sind daher äusserst zufriedenstellend, wie mir auch seitens meines gewesenen Chefs, Primarius

Frank, versichert wurde. Ich kann daher den Herren Collegen die angegebene Methode zur Nachprüfung und Erprobung in der Praxis nur wärmstens empfehlen.

Zum Augentripper der Neugeborenen.

Von Frauenarzt Dr. J. Königstein.

(Schluss.)

Silex berichtet über einen Fall, wo eine Hebamme 20%ige Lapislösung in beide Augen träufelte und auf diese Weise beide Augen zugrunde gingen. Solchen Zufällen lässt sich dadurch vorbeugen, dass man strenge auf die richtige Signirung sieht und weiters die 2%ige Lapislösung alle vier Wochen erneuern lässt. Weiters ist dieselbe in dunkelgefärbten Fläschchen zu verabfolgen, um eine Zersetzung zu verhüten, und sind gut eingeschliffene Glasstöpsel in Verwendung zu ziehen. Valenta hat im Uebrigen den Werth des prophylaktischen Verfahrens nach Credé stets anerkannt, scheint jedoch nur aus Gründen der Consequenz dessen Anwendung auf seiner Laibacher Klinik vermieden zu haben. Jedoch führte er im Jahre 1890 auf Empfehlung von Emil Bock das hypermangansaure Kali zu prophylaktischen Spülungen ein. Dieselben werden in der Art vorgenommen, dass die Hebamme von ihrer concentrirten Stammlösung, die sie stets bei sich zu führen hat, einige Tropfen in ein Glas Wasser schüttet, so dass dasselbe die Farbe eines schwachen rothen Weines bekommt. Dann wird ein Wattebausch reichlich in dieser Lösung getränkt und über den Lidern einigemal ausgedrückt, worauf die Lider zart abgewischt werden. Hierauf wird die Lidspalte mit der linken Hand vorsichtig geöffnet und gleichzeitig darüber mit der rechten ein Wattebausch ausgedrückt, so dass die Rothkalilösung in sanftem Strahl ins Auge rieselt, was 3—4mal hintereinander wiederholt wird. Hermann Cohn hält dieses Valenta'sche Verfahren technisch für die Hebamme viel schwerer, als das einmalige Einträufeln eines einzigen Tropfens der 2%igen Höllensteinlösung. Es ist tief zu bedauern, dass die competenten Behörden sich in dieser Frage ganz ablehnend verhalten und, gestützt auf die seinerzeitigen, heute ja ganz überlebten Gutachten, noch immer an dem alten Zopfe festhalten und Stellung nehmen gegen die obligatorische Einführung des Credé'schen Verfahrens. Es wäre

gerade im Gegentheil Pflicht sämmtlicher Regierungen, dafür Sorge zu tragen, dass den Hebammen die Credé'sche Methode auf sorgsamste Weise beigebracht werde und ihnen sowie den Aerzten dieselbe bei jeder Entbindung ohne Unterschied vorzunehmen, behördlich aufgetragen würde. Es müsste analog der Zwangsimpfung vorgegangen werden und das grosse Publicum durch Vorträge und populäre Schriften über die Nützlichkeit der Methode aufgeklärt werden. Nur wenn die Credé'sche Methode obligatorisch eingeführt wird, kann man für die Zukunft eine Garantie haben, dass die Blennorrhoea neonatorum vom Erdboden verschwinden wird. Dass dies zu erreichen ist, beweist die erst kürzlich in der Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20, 1901, von Dr. E. Bunge erschienene Arbeit: „Die Erfolge der Credéisirung Neugeborener." Es wird berichtet, dass bei 1917 Kindern, die an der Göttinger Frauenklinik der Credé'schen Einträufelung unterzogen wurden, kein einziger Fall von Frühinfection in den ersten Tagen der Geburt eintrat. Mithin wirkt die Methode absolut sicher, denn eine Untersuchung der Schwangeren ergab bei 20—25% derselben Gonorrhöe. Die dem Credé'schen Verfahren zum Vorwurf gemachten hie und da stärker auftretenden Entzündungserscheinungen sind nach Bunge ohne Nachtheile. Um aber auch die Entstehung von Conjunctivitiden zu vermeiden, wurde bei 600 Kindern statt der 2%igen eine 1%ige Lapislösung verwendet, ohne dass die Resultate sich verschlechtert hätten.

Es droht wohl dem Neugeborenen nicht bloss durch den Geburtsact Gefahr, welche, wie schon oben erwähnt, durch die obligatorische Behandlung nach Credé gewiss radical zu bekämpfen wäre, sondern auch äussere Umstände sind im Stande, das Auge des Neugeborenen gonorrhöisch zu inficiren, bereits, nachdem die Geburt längere Zeit stattgefunden hatte. Zumeist wird diese gonorrhöische Spätinfection verursacht durch Berührung mit Gegenständen, welche mit Gonokokken führendem Secret verunreinigt sind und da, wie Bumm nachgewiesen, sich die Gonokokken in den ersten Tagen des Wochenbettes ganz ausserordentlich vermehren und ja ganz naturgemäss die Wochenabgänge der Frau sehr reichlich sind, so ist ja Gelegenheit in ausgiebigstem Masse vorhanden. Zumeist sind es die Finger der Mutter, des Arztes, der Wärterin und Hebamme, welche die Träger, respective Ueberträger abgeben, und es kann in dieser Richtung nicht genug Acht gegeben werden. Weiters sind die Utensilien, welche zur

Wochenpflege benöthigt werden, so: Steckschüsseln, Schwämme, Wäsche, stets aufs Schärfste zu controliren. Der Unsitte, die Neugeborenen der Mutter ins Bett zu legen, wie dies besonders in den untersten Volksschichten der Fall zu sein pflegt, muss ebenfalls gesteuert werden. In Gebär- und Findelanstalten, wo Alles, gestützt auf strenge Organisation, nach dem Schnürchen gehen sollte, lassen sich die Schutzmassregeln jedenfalls leichter treffen, als in der Privatpraxis. In letzterer besonders aus dem Grunde, weil man einerseits gegen die Indolenz der Leute anzukämpfen hat, anderseits durch ein Zuviel leicht Verdacht erweckt werden könnte.

In verdächtigen Fällen wird sich empfehlen, mehrmals im Tage desinficirende Ausspülungen der Scheide vornehmen zu lassen, sowie die äusseren Geschlechtstheile durch einen entsprechenden Verband abzuschliessen, was umso nothwendiger ist, als die Erfahrung lehrt, dass die Frauen ganz unwillkürlich an ihrem äusseren Genitale herummanipuliren. Die peinlichste Reinlichkeit der Finger aller Personen, welche mit dem Kinde in Berührung kommen, ist die unerlässlichste erste Bedingung. In Gebär- und Findelhäusern, wo die Uebertragung von einem Auge eines erkrankten Kindes in das andere möglich ist, muss für strenge Isolirung Sorge getragen werden und dürfen Ammen, welche während des Sauggeschäftes selbst Blennorrhöe der Augen oder Scheide acquiriren, nicht weiter zum Säugen der Kinder in Verwendung gezogen werden. Was nun die Behandlung der zum Ausbruch gekommenen Blennorrhöe selbst betrifft, so gehört sie wohl nicht mehr in den Rahmen dieses Aufsatzes. Wenn es doch geschieht, so liegt der Grund nur darin, dass das Ganze einen einheitlichen Guss bilde, anderseits der Praktiker, der diese Zeilen liest, eine Richtschnur für sein Handeln finde. In dieser Beziehung muss man sich stets vor Augen halten, dass die Blennorrhöe eine vollkommen heilbare Krankheit ist, wenn sie rechtzeitig in Behandlung kommt. Man säume also nicht, wenn sich nach der Geburt nur die geringste Spur von Schleim oder Eiter im Augenwinkel zeigt, selbst auf die Gefahr hin, einem unschuldigen Katarrh des Auges, bei dem keine Gonokokken vorhanden sind, gegenüberzustehen, jene Vorkehrungen zu treffen, welche bei einer etwaigen gonorrhöischen Erkrankung in Betracht kommen. Die Erfahrung hat gelehrt, dass das intacte Cornealepithel wohl dem Eindringen der verschiedensten virulenten Mikroorganismen, wie sie sich zum Beispiel im Thränensackeiter vorfinden, einen ziemlich grossen

Widerstand entgegensetzt, jedoch diese Eigenschaft den Gonokokken gegenüber nicht besitzt. Aus diesem Grunde kann es bei längerer Stagnation des gonokokkenhältigen Eiters zu einer Affection der Cornea kommen, die zu einer Geschwürsbildung, eventuell zum Durchbruch führen kann. Infolge dessen hat sich im Allgemeinen die Ansicht Bahn gebrochen, dass bei der Therapie der Blennorrhöe das Entzündungsproduct, id est Eiter, so rasch als möglich zu entfernen ist, und ist die Spülwirkung dabei von grösster Wichtigkeit. Was zur Ausspülung benützt wird und auf welche Weise sie vorgenommen wird, ist ziemlich irrelevant, da man ja weiss, dass die bereits tiefer im Gewebe sitzenden Gonokokken durch die Spülflüssigkeit in keiner Weise tangirt werden. Haben ja doch zahlreiche Untersuchungen erwiesen, dass selbst ein normaler Conjunctivalsack nicht steril gemacht werden kann. Von grossem Vortheile für die sachgemässe Leitung der Behandlung wird die Zuziehung einer geschulten Wärterin sein. Hermann Cohn hebt diesen Punkt ganz besonders hervor, und bezeichnet geschulte Wartung als erste Bedingung für eine geregelte und aussichtsvolle Behandlung der Blennorrhöe, da nur auf diese Weise eine Garantie für gründliche, verlässliche Reinigung des Auges, gute Ernährung des Kindes und Abhaltung von äusseren Schädlichkeiten gegeben ist. Leider ist dies in der Praxis schwer durchführbar, da sich nur wenige Auserwählte das Halten einer Warteperson gestatten können, anderseits aber gerade unter den oberen Zehntausend die Gonokokkenblennorrhöe viel seltener angetroffen wird, als in den unteren Schichten der Bevölkerung. In Spitälern ist diese Massregel selbstverständlich leichter durchzuführen. Ganz besonders ist die Wärterin daraufhin abzurichten, dass sie beim forcirten Oeffnen der Lider das Auge nicht verletzt, da durch Verletzungen der Cornea der Bulbus gefährdet ist. Mittels einer Undine oder eines in die Spülflüssigkeit getauchten Wattebausches wird dann der Conjunctivalsack durchgespült. Von Spülflüssigkeiten empfiehlt Silex Sublimatlösung 1 : 10.000, Argentum nitricum 1 : 1000, Hydrargyrum oxycyanatum 1 : 1000, und zwar 6—10mal im Tag. In jenen Fällen, wo es sich um einen unschuldigen Katarrh handelt, wird die Secretion nach 2—3 Tagen geringer, um in 5—10 Tagen vollständig zu sistiren. Wolffberg, v. Reus, Stellwag bevorzugen Rothkali. Bei den specifischen Entzündungen kann es nach den Spülungen allein sich ebenfalls zum Besseren wenden, in sehr vielen Fällen wird aber die Secretion

trotzdem profuser und der Krankheitsprocess schreitet stetig vorwärts.

Wer die Lider gut umzustülpen versteht, der thut am besten, zu der vom Altmeister Gräfe angegebenen Methode zurückzugreifen, nämlich mit 2%iger Lapislösung zu pinseln und Neutralisirung mit Chlornatrium folgen zu lassen. Beim Umstülpen der Lider muss besonders darauf geachtet werden, dass der Uebergangstheil stark herausgepresst und die Cornea nicht verletzt wird. Man hat letzteren Uebelstand dieser Methode zum Vorwurf gemacht, doch kann die Cornea nur durch ungeschicktes manuelles Vorgehen beim Lidumstülpen beschädigt werden. Wer also zum Pinsel greift, der muss auch in dem nöthigen Handgriffe geübt sein. Andere Fachleute rathen, vorerst mit irgend einer der oben angeführten desinficirenden Lösungen zu spülen und erst dann mit dem Pinseln zu beginnen, wenn der Höhepunkt der entzündlichen Erscheinungen überschritten ist, was sich durch verminderte Secretion, sowie mehr rahmige Beschaffenheit des Secretes kennzeichnet. Gehen die Entzündungserscheinungen noch mehr zurück, dann pinselt man mit 1%iger Argentumlösung. Bei fortschreitender Besserung folgen dann Instillationen mit Argentum nitricum oder Zincum sozojodolicum in $^1/_4$%iger Lösung. Wieder Andere empfehlen, falls die Eiterung nicht nachlassen sollte, vom vierten Tage an gleichzeitig mit den Spülungen sechsmal täglich Einträufelung einer 10%igen Protargollösung. Kommt es zu einem Hornhautgeschwür, oder wurde das Kind gleich mit einem Geschwür zum Arzt gebracht, dann sind Pinselungen mit 2%igem Argentum nitricum vorzunehmen, wenn nicht die Gefahr einer Perforation vorhanden ist. Nebenher wird von Fall zu Fall Atropin und Eserin in Verwendung gezogen werden müssen. In manchen Fällen wurde das Auge nur durch Kauterisation des Geschwüres gerettet. Im Uebrigen muss bemerkt werden, dass nirgends so sehr zu individualisiren ist, als gerade bei der Behandlung der Blennorrhöe mit ihren Complicationen und kann nur der erfahrene Fachmann von Fall zu Fall immer Herr der Situation bleiben. Die Spülungen sollen alle 10—15 Minuten vorgenommen werden. Beim Oeffnen der Augen ist grösste Vorsicht am Platze, damit nicht der herausspritzende Eiter ins Auge des Gegenüber gelange. Das Benützen einer Schutzbrille ist dabei sehr zu empfehlen. Dringend anzurathen sind permanente kalte Eisumschläge. Selbstverständlich sind dieselben nur von Werth, wenn sie in

rationeller Weise durchgeführt werden. Das einfache Auflegen von in Eis getauchten Läppchen oder Compressen halte ich aus dem Grunde für unzweckmässig, weil sie bereits nach wenigen Minuten heiss sind und in diesem Zustand, weiter liegen belassen, nur Schaden anrichten. Es müsste also sehr fleissig gewechselt werden, was man jedoch durch Verwendung von Kühlapparaten in zweckmässiger Weise besser erreichen kann. Ein entsprechendes Leiter'sches Röhrensystem kann Tag und Nacht liegen gelassen werden und ist nur von Zeit zu Zeit das zergehende Eis im Standgefäss zu ersetzen. Contraindicirt sind die Eisumschläge bei Affectionen der Hornhaut, da durch die permanente Kälteeinwirkung die Ernährung der Hornhaut leicht Schaden nehmen könnte.

Schwer ist es, das Uebergreifen der Erkrankung, falls sie nur auf einem Auge zum Ausbruche gekommen ist, aufs andere zu verhüten und muss zu diesem Behufe die grösste Umsicht aufgewendet werden. Hermann Cohn empfiehlt, durch passende Lagerung das Ueberfliessen des Eiters über die Nasenwurzel zu verhüten, Andere sind dafür, einen entsprechenden Schutzverband anzulegen; doch ist das Uebergreifen aufs gesunde Auge schwer zu verhindern. Unsere Aufgabe ist es, den Ausbruch der Erkrankung überhaupt zu verhüten und sind wir dies in der That auch im Stande, dank dem genialen Gedanken Credé's in Leipzig, den Neugeborenen prophylaktisch eine 2%ige Argentum nitricum-Lösung unmittelbar nach der Geburt einzuträufeln. Die dadurch erzielten Resultate sind unleugbar ausgezeichnete und beweisen dies die bezüglichen Statistiken zur Genüge. Wenn trotzdem noch von einzelnen Seiten gegen diese Methode und ihre obligatorische Einführung in die Praxis Stellung genommen wird, so geschieht dies mit Unrecht und zum Nachtheil der Menschheit, und haben jene Eiferer auch die Verantwortung für das Unheil, das noch allzeit durch den Ausbruch der Blennorrhöe angerichtet wird, zu tragen und mit ihrem Gewissen abzumachen. Es wäre Sache unserer Regierung, in dieser Richtung mit allen ihr zu Gebote stehenden Mitteln initiativ vorzugehen, analog den preussischen Behörden, und führe ich zum Beleg hiefür einen Ministerialerlass in Medicinalangelegenheiten vom 18. Juli 1901 dem Wortlaute getreu an. (Deutsche Medicinalzeitung Nr. 74, 1901.) „Die in Gemässheit des Erlasses vom 27. December 1895 eingegangenen Uebersichten über die in den geburtshilflichen und ophthalmiatrischen Kliniken und Polikliniken während der Jahre 1895 bis

1900 zur Beobachtung gelangten Fälle von Blennorrhöe der Neugeborenen haben zu dem Ergebniss geführt, dass als sicheres Mittel zur Verhütung dieser Krankheit zur Zeit das Credé'sche Verfahren, die Einträufelung einer 2% igen Lösung von Argentum nitricum, nach vorherigem Auswaschen der Augen mit reinem Wasser, angesehen werden muss. Die vorübergehenden, in der Regel geringen Reizerscheinungen, welche nach diesen Einträufelungen beobachtet worden sind, kommen gegenüber den grossen Vortheilen, welche diese Methode bietet, nicht in Betracht. Auch Einträufelungen mit starken 5—20%igen Protargollösungen, wie sie in neuester Zeit in den Universitäts-Frauenkliniken zu Bonn und Marburg geübt werden, scheinen einen recht guten, den Credé'schen Einträufelungen gleichkommenden Erfolg zu haben; doch sind die Versuche hierüber noch nicht abgeschlossen. Bei der grossen Bedeutung, welche der Blennorrhöe der Neugeborenen beizumessen ist, werden die Herren Oberpräsidenten ersucht, auch mit Rücksicht auf den Unterricht der Hebammenschülerinnen und ihre Unterweisung in dem Credé'schen Verfahren auf die thunlichst allgemeine Anwendung des Credé'schen Verfahrens in den Provinzial-Entbindungs- und Hebammen-Lehranstalten hinzuwirken. Auch die Kreisärzte sind behufs Unterweisung der Hebammen in geeigneter Weise mit Nachricht zu versehen und dem Director der Berliner Universitäts-Frauenklinik ist von Vorstehendem Kenntniss zu geben."

Eines weiteren Commentares bedarf dieser Erlass nicht und wäre nur zu wünschen, dass auch andere Regierungen diesem Beispiele folgen würden. Die Unterweisung der Hebammenschülerinnen im Credé'schen Verfahren, sowie die dadurch ermöglichte obligatorische Einführung desselben wäre das Ziel, das wir uns zu stecken und dessen Erreichung wir anzustreben hätten, wenn die Blennorrhoea neonatorum vom Schauplatze verschwinden sollte, denn nur ein ganz verschwindend kleiner Theil der Geburten vollzieht sich in Gegenwart von Aerzten, die ja gewiss, wenn sie auf der Höhe der Wissenschaft stehen, die prophylaktische Einträufelung vornehmen werden, während die überwiegende Masse der Geburten von den Hebammen allein geleitet werden, denen bei uns die Vornahme des Credé'schen Verfahrens untersagt ist. Augenblicklich wird man sich bei uns wenigstens damit zufrieden geben müssen, das Eine zu erreichen, dass sich die Hebammen an § 7 der österreichischen Hebammen-

ordnung halten, laut welchem sie bei Unterlassung der Zuziehung eines Arztes mit Strafe bedroht werden. Die Fälle, in denen die Zuziehung eines Arztes trotz Verlangen der Angehörigen von der Hebamme hintertrieben wird, gehören noch immer nicht zu den Seltenheiten und kann man dieser folgenschweren Handlungsweise der Hebammen nicht strenge genug entgegentreten. Cohn in Breslau verlangt, dass solche Hebammen ohne Gnade und Barmherzigkeit anzuzeigen sind, und ihnen die Praxis zu entziehen ist. Aber nicht bloss die Hebammen sind zur Rechenschaft zu ziehen, sondern auch die Eltern, welche nicht zur Zeit, d. i. sofort, den Arzt holen, obgleich die Hebamme sie dazu auffordert, sind wegen Unterlassung der pflichtgemässen Obsorge gerichtlich zu belangen. In dieser Richtung aber müsste sowohl auf das Publicum, als auch auf die Hebammenschaft belehrend eingewirkt werden in Zeitschriften und Broschüren, die ihnen bei den Geburtsanmeldungen übergeben werden, sowie durch fachliche, aber populär gehaltene Vorträge.

Fasse ich nochmals kurz zusammen, so gipfelt der Tenor dieser Zeilen in dem Wunsche, dahin zu wirken, dass die Blennorrhoea neonatorum aufs Aussterbeetat gesetzt werde. Dies ist nur möglich, wenn ohne Unterschied bei allen Geburten, nicht bloss bei denen, die in öffentlichen Instituten und unter Leitung von Aerzten vor sich gehen, das Credé'sche Verfahren in Anwendung gebracht wird, sondern auch den Hebammen nach vorheriger Unterweisung an den Schulen die Vornahme des Credé'schen Verfahrens behördlicherseits obligatorisch aufgetragen wird. Wird dieses Ziel einmal erreicht sein, dann wird auch die Blennorrhöe entweder vollkommen verschwinden oder nur sporadisch auftauchen. Es liegt im Bereiche der Möglichkeit, das durchzuführen und sollte es mich freuen, wenn obige Zeilen, die von diesem Gedanken getragen sind, in dieser Richtung, wenn auch nur in bescheidenstem Masse, fördernd wirken würden.

REFERATE.

Interne Medicin.

Vorläufige Mittheilungen über einige Ergebnisse der Krebsforschung auf der I. medicinischen Klinik. Von E. v. Leyden und F. Blumenthal.

Jensen hat von krebskranken Mäusen mehrfach erfolgreiche Uebertragungen auf andere Mäuse gemacht und durch Einspritzung eines Krebsserums bei den inficirten Mäusen den neu erzeugten Tumor wieder zum Verschwinden gebracht. Die Uebertragung menschlichen Krebses auf Thiere ist den Vff. ebensowenig gelungen, wie anderen Forschern. Beim Hunde sind mehrfach Krebsübertragungen von einem Hund zum anderen gelungen. Vff. haben seit $1^1/_2$ Jahren Heilungsversuche an solchen Hunden angestellt. Sie haben Tumoren von krebskranken Hunden exstirpirt, dieselben zerkleinert und verflüssigt und Kaninchen viele Wochen lang subcutan eingespritzt, dann haben sie mit dem Serum dieser Kaninchen einen kranken Hund behandelt, nachdem an einer mit der Pravaz'schen Spritze entnommenen Probe der epitheliale Charakter des Tumors mikroskopisch festgestellt wurde. Nach mehreren Injectionen trat im Verlaufe einiger Wochen eine Erweichung und Verflüssigung des Tumors ein. Der Inhalt desselben zeigte jetzt zahlreiche Leukocyten zwischen den sparsamen Tumorzellen, fettig degenerirte Zellen und Fetttropfen; dabei war der ganze Inhalt verflüssigt, ein Vorgang, wie er bei der Autolyse und Cytolyse beobachtet und beschrieben ist. Schliesslich verschwand der Tumor ganz. Ferner haben die Vff. aus dem frisch exstirpirten Carcinomtumor eines Hundes durch Zerquetschung und Extraction eine Flüssigkeit (Serum) bereitet und dieses Serum zu Einspritzungen bei einem anderen carcinomatösen Hunde verwendet. Bei diesem Hunde hatte ein renommirter Thierarzt unheilbares Carcinom diagnosticirt. Je ein Tumor von Pflaumengrösse fand sich oberhalb und im unteren Theile des Rectums, der Palpation leicht zugänglich. Nach etwa zweimonatlicher Behandlung fing ein Theil der Tumoren sich zu erweichen und zu verkleinern an; nach fünfmonatlicher Behandlung war der Hund, der vor Beginn der Behandlung einen etwas deprimirten Eindruck machte, völlig mobil. Die Tumoren waren bis auf einen kleinen Rest geschwunden. Die mikroskopische Untersuchung des excidirten Restes ergab ein

epitheliales Carcinomgewebe. Nach den Versuchen an Hunden sind Vff. dazu übergegangen, analoge therapeutische Versuche an krebskranken Menschen anzustellen. Sie bereiteten aus den aseptisch exstirpirten und frisch übergebenen menschlichen Tumoren durch Zerquetschen derselben und Auspressen eine Flüssigkeit, welche zu Injectionen benutzt wurde, nachdem sie sich an Thieren von ihrer absoluten Unschädlichkeit überzeugt hatten. Die Einspritzungen wurden vollkommen gut vertragen und hat sich auch später niemals die geringste schädliche Wirkung herausgestellt. Sie stellten die ersten Versuche bei inoperablen, ganz hoffnungslosen Patienten an, welche sich bereitwillig die Injectionen gefallen liessen. Der fortschreitende Verlauf und der letale Ausgang ist in der grossen Mehrzahl dieser Fälle nicht aufgehalten worden.

In zwei Fällen — die Krebskrankheit hatte schon viele Monate vor Beginn der Behandlung bestanden — fiel es auf, dass während der Behandlung der Tumor zwar nicht wesentlich verändert war, dass sich aber keine Metastasen fanden, während die dem Tumor benachbarten Drüsen, welche Vff. vorher gefühlt und für infiltrirt gehalten hatten (etwas mehr als mandelgross) später nicht mehr gefunden wurden.

Der erste Fall datirt mehr als ein Jahr zurück. Es handelte sich um eine herabgekommene Frau von 69 Jahren, welche an einem Carcinom der Urethra litt, mit Betheiligung der Blase. Durch die sehr starken Schmerzen beim Urinlassen und fortdauerndes Drängen war Patientin sehr geschwächt. Die Patientin war so schwach, dass sie nur ein paar Stunden aufstehen konnte. Kein Oedem. Der Urin enthielt neben Eiterkörperchen sehr zahlreiche Carcinomzellen. Der fast apfelgrosse harte Tumor lag unterhalb des Blasenhalses. Von der Aussenseite der Urethra nach der rechten Seite griff er auf die Lymphdrüsen der rechten Inguinalgegend über. Die Patientin vertrug die Einspritzungen sehr gut. Im Verlaufe der Injectionen besserte sich der Urin. Die carcinomatösen Zellen waren fast verschwunden. Eiterzellen blieben übrig. Patientin klagte weniger, ernährte sich besser und hatte ein besseres Aussehen. Sie starb plötzlich in einem Anfall von Herzschwäche. Bei der Autopsie fanden sich bohnen- bis pflaumengrosse Carcinomknoten in der Urethra und Blase. Das Herz war klein und schlaff, fast alle Organe normal. Nirgends Metastasen. Auch die Drüsen der rechten Inguinalgegend waren weder geschwollen, noch infiltrirt.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine ältere Frau mit Uteruscarcinom, Carcinom der Ovarien und starkem Vorfall. Die Injectionen wurden einige Monate lang gemacht. Bei der Autopsie fand sich ein Uterus- und Ovarialcarcinom. Nirgends aber waren Metastasen nachweisbar.

Im dritten Falle handelte es sich um eine 42 jährige Frau, die im October 1901 aufgenommen wurde, mit nicht operablem Carcinom des Uterus. Sie kam in höchst decrepidem Zustande in die Charité, konnte vor Schwäche nicht gehen und lag deshalb dauernd zu Bett. Sie erhielt zuerst Einspritzungen von Ziegenserum, d. h. von Ziegen, welche wochenlang mit Tumorextract vorbehandelt waren. Später bekam sie Tumorextract. Unter der Behandlung besserte sich der Allgemeinzustand. Der Tumor schien stellenweise zu zerfallen. Ein merkliches Fortschreiten des Tumors konnte in den zehn Monaten ihres Aufenthaltes in der Charité nicht constatirt werden. Die Schmerzattaquen, wegen welcher die Pat. grosse Dosen Morphin bekam, sind geringere geworden, obwohl sie zeitweilig noch ziemlich heftig auftreten. Patientin vermochte während der Behandlung wiederholt auf Stunden das Bett zu verlassen. Als sie hereinkam, war schon von anderer Seite die Prognose quoad vitam den Angehörigen derart gestellt worden, dass dieselben täglich den Exitus erwarteten. Es geht jetzt der Patientin erheblich besser als bei ihrem Eintritt. Von einer Heilung kann allerdings bisher nicht gesprochen werden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36, 1902.)

Aspirin in der Therapie der Lungentuberculose. Von D. H. Cybulski.

Als eine Indication zur Anwendung des Aspirins möchte Vf. ansehen die im Verlaufe der Tuberculose auftretenden Pleuritiden, sowohl bei trockener, als auch exsudativer Pleuritis. In zahlreichen Fällen dieser Art hatte Vf. den Eindruck, als ob der Process, namentlich in Bezug auf das Fieber, rascher und milder verlaufe, als bei anderen pharmaceutischen Präparaten. Die Einzelgabe muss hiebei etwas grösser sein, als gewöhnlich, gegen 3·0 bis 4·0 pro die, und gut ist es, um ein zu reichliches Schwitzen zu verhindern, öfters am Tage je 0·5 zu verabreichen. Eine fernere Indication bilden die Erkältungen mit begleitendem Fieber oder acute Streptokokken- oder Staphylokokken-Tracheitiden und -Bronchitiden, welche sich häufig im Verlaufe chronischer Phthise einstellen. Der durch das Aspirin entstehende reichliche Schweiss

und vielleicht auch die specifische Wirkung auf die Eitererreger wirken vorzüglich auf den Verlauf dieses Processes ein.

Der Patient erhält zur Nacht 1·0—1·5 Aspirin in heissem Thee mit Citrone oder Rothwein. In der Nacht tritt reichlicher Schweiss auf und der Kranke fühlt sich am Morgen bereits besser. Ist die Erkrankung hartnäckiger, dann muss man im Verlaufe des Tages kleinere Gaben mehrmals geben, um zur Nacht die erste Dosis zu wiederholen.

Als dritte Indication zur Anwendung des Aspirins im Verlaufe der Phthise möchte Vf. die febrilen Zustände ansehen, welche in den letzten Stadien der Erkrankung auftreten, und die von Schüttelfrösten begleitet werden. Es sind das meist Fälle von Mischinfection. Als mittlere Gabe 0·25 zweistündlich; eine Stunde vor dem Einsetzen der Fröste muss man jedoch die Dosis erhöhen, etwa 0·5—0·75. In diesen Fällen ist die Wirkung vorzüglich, ungleich besser, als die des Pyramidons. Das Fieber sinkt rasch, manchmal sogar etwas collapsartig. Schweissausbrüche sind bei dieser Anwendungsweise niemals übermässig. Das Fehlen jeglicher Belästigung des Magens, sowie jeglicher Einwirkung auf das Herz bei langdauernder Anwendung des Mittels sind von ganz besonderer Bedeutung. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 9, 1902.)

Ueber die Wirkung des Extractum fluidum Cacti grandiflori Von Dr. Thaddäus v. Zeleński. (Abth. des Prof. Parenski im St. Lazarus-Spitale in Krakau.)

Es steht ausser jedem Zweifel, dass die Folia Digitalis purp., was die Zuverlässigkeit und Intensität der Wirkung anbelangt, allen sonst bei Störungen des Blutkreislaufes verwendeten Arzneien vorzuziehen sind. Doch dürfen wir nicht immer zu diesem Mittel greifen, sei es, weil der Organismus dieses Mittel manchmal nicht verträgt und seine Anwendung sofort mit Appetitlosigkeit, Uebelkeit und Erbrechen beantwortet, sei es, weil die Krankheit selbst in manchen Fällen Gegenanzeigen in dieser Beziehung darbietet. Die wichtigsten Gegenanzeigen sind: 1. Fettige oder narbige Entartung des Herzmuskels, 2. abnorme Verlangsamung der Herzcontractionen selbst (nicht aber der Pulsfrequenz; denn nicht selten kommt es bei weit vorgeschrittenen Störungen der Herzthätigkeit vor, dass die Pulsfrequenz trotz der beschleunigten Herzaction verlangsamt ist, so bei den sogenannten faux pas oder frustranen Herzcontractionen; in diesen Fällen ist die Darreichung der Folia Digitalis sehr geeignet), 3. intensive Arteriosklerose und 4. die

Klappenfehler der Aorta, obgleich diese Frage in den letzten Jahren wieder strittig geworden ist. Ebenso müssen wir in allen Fällen, wo wir die Digitalisblätter mit gutem Erfolge anwenden, durch andere Ersatzmittel die nothwendigen Pausen ausfüllen, die wir in der Verabreichung der Digitalis zu machen unbedingt verpflichtet sind. Die Zahl dieser Mittel ist bedeutend, doch keines von ihnen entspricht gänzlich seinem Zwecke. Am häufigsten wird Strophantus wegen seiner schleunigen Wirkung (schon binnen 24 Stunden) und wegen Mangels der Cumulation empfohlen; doch der widrige Geschmack dieses Mittels erzeugt häufig bei den Kranken Ekelgefühl, wodurch seine Anwendung stark eingeschränkt wird, und dies umsomehr, als der Strophantus oft Verdauungsstörungen, Uebelkeit, Erbrechen und heftige Diarrhöe zur Folge hat. Er wirkt manchmal auch schädlich auf die Nieren, verursacht Albuminurie und ist infolge dessen bei gleichzeitiger Nierenkrankheit absolut nicht zu gebrauchen. Die übrigen Ersatzmittel, wie: Adonis vernalis, Sparteïn, Convallaria majalis, Coronilla, Erythrophleinum hydrochloricum, Oleander lassen in Bezug auf ihre Verlässlichkeit und Intensität sehr viel zu wünschen übrig.

Vf. hat den von mehreren Seiten, insbesondere von amerikanischen und englischen Aerzten empfohlenen flüssigen Extract des Cactus grandiflorus einer Prüfung unterzogen. Er kommt auf Grund seiner Versuche zu folgendem Schlussresultate: In keinem der beobachteten Fälle wurden Störungen der Verdauungsthätigkeit bemerkt. Zum Erbrechen kam es nie. In einem der geprüften Fälle wurde versuchshalber während eines Tages statt der gewöhnlichen Dosis des Cactus die Tr. Strophanti verabreicht; der Kranke reagirte hierauf sofort mit heftigem Erbrechen, welches den ganzen Tag andauerte und die weitere Verabreichung des Strophantus unmöglich machte. Kopfschwindel, Schlaflosigkeit wurden während der Cactustherapie auch nicht bemerkt. Auch bei längerem Gebrauche dieser Arznei traten keine Nebenerscheinungen hinzu, obgleich die Dosen bedeutend gesteigert wurden. Cactus grandiflorus besitzt keine cumulative Wirkung. In einem Falle wurde das Mittel mehr als einen Monat verabreicht und sehr hohe Gaben erreicht (viermal täglich je 85 Tropfen), ohne jede Spur von Intoxication. Die Pulsfrequenz unterliegt keiner merklichen Modification. Meistens eine mässige Beschleunigung. Dafür wird der Puls voller und kräftiger. (Abgesehen von den Fällen von Aortenklappeninsufficienz zeigt die

sphygmographische Curve überall eine ziemlich bedeutende Erhöhung der Pulswelle.) Auf die Athmungsthätigkeit scheint der Cactus keinen unmittelbaren Einfluss zu besitzen.

Eine schädliche Wirkung des Cactus auf die Nierensubstanz wurde nicht beobachtet. Der einzige Fall, wo es zu ernsten Störungen der Nierenthätigkeit kam, war mit so weit vorgeschrittener Veränderung der Nieren complicirt, dass er als Beweis der Schädlichkeit des Cactus in dieser Hinsicht keineswegs betrachtet werden kann. Die diuretische Eigenschaft kann nicht mit voller Sicherheit entschieden werden.

Der beste therapeutische Erfolg wurde mit der Verabreichung des Cactus im Verlauf der uncompensirten Aortenklappenfehler erreicht. In dieser Hinsicht stimmen Vfs. Beobachtungen mit Myers' und Wilcox' Behauptungen überein, welche den Cactus als ein beinahe specifisches Mittel bei Aortenklappenfehlern betrachten, wie die Digitalis ein solches bei Mitralklappenfehlern ist. Die Kranken mit Erscheinungen von uncompensirtem Aortenklappenfehler — hochgradige Dyspnöe, Arrhythmie, Oedem der Extremitäten und Ascites — verliessen, nachdem sie längere Zeit mit Cactusextract behandelt wurden, das Spital mit gänzlich wiederhergestellter Herzthätigkeit ohne jede Spur von Oedemen. Die Abnahme der Herzkammerdilatation konnte mittels Percussion objectiv festgestellt werden. Weit weniger befriedigende Erfolge gab die Cactustherapie bei uncompensirten Mitralklappenfehlern. Man konnte zwar die Dyspnöe auf einige Zeit vermindern, die 24 stündige Harnmenge erhöhte sich, vollkommene Wiederherstellung der Kreislaufthätigkeit ist jedoch mit der ausschliesslichen Cactusverabreichung nicht gelungen. Vorzügliche Dienste dagegen kann hier der Cactusextract während der Pausen in der Digitalisverabreichung leisten.

Gute Erfolge erhielt Vf. bei langwierigen pleuritischen Exsudaten, wo die Resorption träge, der Puls schwach gespannt und die Herztöne dumpf waren. Die Harnquantität erhöhte sich schnell, der Puls war kräftiger und der Resorptionsverlauf ging rascher vor sich. Die sphygmographische Curve zeigte meist eine deutliche Erhöhung der Pulswelle. Auch im Verlaufe acuter infectiöser Krankheiten bei auftretender Herzschwäche leistete der Cactusextract gute Dienste.

Wenn das Mittel wirklich wirksam sein soll, müssen die Gaben viel höher sein, als es bis heute in praxi Gebrauch war. Gewöhnlich

verschreibt man 5—15 Tropfen Cactusextract pro dosi dreimal täglich. Diese Dosis ist entschieden zu klein. Man muss Cactusextract wenigstens dreimal täglich zu 30 Tropfen verschreiben, man kann auch höhere Gaben straflos verabreichen. Der Geschmack des Mittels erregt bei den Kranken keinen Widerwillen, am besten nimmt man es in Wasser oder Wein. Der Cactusextract ist eine Flüssigkeit von hellgrüner Farbe, hat einen charakteristischen pflanzlichen Geruch und einen ziemlich angenehmen süsslichen Geschmack. Nach längerem Stehen ändert er die Farbe und wird olivgrün. Den wirksamen Bestandtheil konnte man bis jetzt mit voller Sicherheit nicht finden. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 22, 1902.)

Weitere Beobachtungen über Appendicitis chronica. Von Dr. R. Lenzmann. (Diakonenkrankenhaus in Duisburg.)

Die chronischen Appendicitisformen entwickeln sich meistens unbemerkt, ohne charakteristische Beschwerden, aber zu einem bestimmten Zeitpunkt bewirken sie Symptome, welche an alles Andere eher denken lassen, als an eine chronische Entzündung des Wurmfortsatzes. Diese Symptome verleiten deshalb auch sehr oft zu einer unrichtigen Diagnose. Cholelithiasis, Ulcus ventriculi, Darmkolik, hysterische Beschwerden etc. werden fälschlich angenommen, während es sich thatsächlich um eine Appendicitis chronica handelt.

Die Diagnose des Appendicitis chronica ist nicht schwer, wenn es gelingt, mit Sicherheit das erkrankte verdickte Gebilde durch die Bauchdecken abzutasten und andere Krankheitszustände, welche ähnliche Symptome bewirken können, auszuschliessen. In den Fällen, welche Vf. bis jetzt behandelt hat, hatte er immer magere unterernährte Patienten vor sich, welche leicht eindrückbare Bauchdecken zeigten, der Appendix hatte die gewöhnliche Lage, d. h. er zog von der inneren Fläche des Cöcums aus schräg medialwärts und nach unten, etwa in die Richtung zum unteren Rande der Synchondrosis sacro-iliaca. In allen diesen Fällen war das Gebilde deutlich als verdickter Strang durchzufühlen und unter den Fingern zu rollen, wobei dieselben Schmerzen ausgelöst wurden, welche den Patienten auch spontan befielen. Es ist aber denkbar, dass das Abtasten des Processus trotz geeigneter Bauchdecken nicht möglich ist. Das Gebilde liegt nicht immer an der beschriebenen Stelle, es kann etwa in 15—20% der Fälle eine versteckte Lage einnehmen, z. B. hinter dem Cöcum, an seiner äusseren

Fläche, an ihm heraufgeschlagen liegen. In solchen Fällen würde eine Abtastung sichere Anhaltspunkte nicht gewähren, die Diagnose würde zweifelhaft sein. Immerhin würde ein deutlicher Schmerzpunkt in der Regio ileo-coecalis, welcher bei der Palpation von zum Magen und zur Nabelgegend ausstrahlenden Schmerzen begleitet ist, auf die richtige Fährte führen. In allen Fällen wird man aber bestrebt sein müssen, andere, ähnliche Symptome bewirkende Krankheitszustände auszuschliessen. Gallenstein-, Nierensteinkoliken, Gastralgieen, Colica flatulenta, Ulcus ventriculi können in Frage kommen. Fernerhin muss man sich bei weiblichen Patienten genau über den Zustand des Geschlechtsapparates orientiren, damit man nicht etwa eine verlagerte, entzündlich verdickte Tube als den Appendix anspricht.

Die Therapie wird in den allermeisten Fällen nur in der Entfernung des Appendix bestehen können. Als innere Behandlung würden feuchtwarme Breiumschläge auf die Regio ileo-coecalis zu versuchen sein. Vf. hat zweimal einen dauernden Erfolg von dieser Therapie gesehen. Durch die consequente, länger dauernde Anwendung der feuchten Wärme wird ein reichlicher Blutzufluss zu dem Appendix bewirkt. Es ist denkbar, dass infiltrirte Partien der Wand des Gebildes unter diesem Zuströmen reichlichen Nährmaterials zur Rückbildung und Aufsaugung gelangen. Wenn es sich allerdings um einen alten indurirenden Process handelt, dann wird diese Behandlungsweise ohne Erfolg sein. Zu versuchen wäre sie zunächst immer einmal.

Vf. hat die Ueberzeugung, dass derartige Krankheitszustände häufiger vorkommen, als man bis jetzt angenommen hat. Bei Schmerzanfällen, welche ihren Sitz im Abdomen haben und welche eine eindeutige Erklärung nicht ohne Weiteres finden, gehören eine genaue Abtastung der Regio ileo-coecalis und eine eingehende Würdigung der Möglichkeit einer chronischen Appendicitis durchaus zu einer gewissenhaften Untersuchung. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15, 1902.)

Erfahrungen mit Heroin in der allgemeinen Praxis. Von Dr. Karl Helbich.

Vfs. Erfahrungen beziehen sich auf circa 150 Fälle. Er wandte Heroin bei 25 Fällen von Lungentuberculose an und sah bei 12 davon einen sehr günstigen Erfolg; es wurde der Husten leichter, schmerzlos und seltener, der Auswurf spärlicher, die Athemzüge tiefer und langsamer. Die durch den Husten bedingte

Schlaflosigkeit schwand prompt auf 1—2 Dosen Heroin mit Chloralhydrat. Die schmerzstillende Wirkung war in einigen Fällen eclatant, in anderen wieder wurde sie allmälig erreicht. Irgend eine Beeinflussung der Nachtschweisse bemerkte Vf. nie. Ueble Nebenwirkungen zeigten sich bei keinem dieser Fälle, trotzdem mehrere Kranke das Mittel einige Wochen gebrauchten. Von dieser ersten Gruppe waren elf Spitzenkatarrhe mit nicht zu reichlichem Auswurf und nur ein Fall infiltrirter Lungenaffection. Weitere acht Fälle an Lungentuberculose zeigten nur einen vorübergehenden Erfolg, und zwar im Anfang der Behandlung, so dass später auch andere Mittel zu Hilfe genommen werden mussten, jedoch auch von diesen wirkte keines auf die Dauer. Die Wirkungsweise war die gleiche wie bei der ersten Gruppe.

In drei Fällen von Hämoptoe, die von starkem Hustenreiz und stechenden Schmerzen auf der Brust begleitet war, sistirten nach einmaliger Verordnung von Heroin mit Ergotin dialys. Schmerzen, Husten und Blutung in einem Falle, während in den übrigen zwei Fällen bloss die Schmerzen ausblieben, und die Blutung eine wiederholte, eventuell auch dritte Verschreibung erheischte, bis sie völlig schwand.

In einem Falle von Asthma bronchiale wurden nach der ersten Darreichung von Heroin die Athemzüge allmälig tiefer, seltener und regelmässig, ohne die geringste Schmerzempfindung, und die Cyanose schwand. Ein zweiter, nach einigen Tagen aufgetretener Anfall wurde gleich im Anfang durch Heroin coupirt.

Bei acuter Bronchitis war die Wirkung günstig. Bei stärkerer Schleimbildung combinirte Vf. Heroin mit einem leichten Expectorans — aber nie mit Liquor ammonii anisatus — und als Schlafgabe gebrauchte er die Mischung mit Chloralhydrat.

In einem einzigen Falle gewöhnlicher acuter Bronchitis konnte Vf. keinen Erfolg verzeichnen.

Bei chronischer Bronchitis zeigten acht Fälle nach jedesmaligem Gebrauche von Heroin eine Erleichterung des Athems infolge Nachlassen der Brustschmerzen, eine Abschwächung des Hustenreizes und Seltenerwerden des Hustens. Mitunter waren bei stagnirendem Schleime Combinationen mit Expectorantien nöthig, Extractum belladonnae oder Tinctura ipecacuanhae. Vier Fälle, bei denen eine starke Schleimansammlung bestand, erheischten schnelles Aussetzen des Mittels, da der Husten ganz aufhörte, kein Sputum mehr herausbefördert wurde und erschwertes, oberfläch-

liches Athmen, Cyanose und Schwindelanfälle sich einstellten. Bei Darreichung von ausschliesslich Expectorantibus besserte sich der Zustand schnell.

Bei acuter Pleuritis war der Erfolg geradezu verblüffend, die intensiven stechenden Schmerzen in der Seite liessen entweder ganz nach oder wurden doch bedeutend abgestumpft, der quälende, trockene Husten schwand, die Athemzüge wurden tiefer, ohne wie zuvor Stechen zu verursachen. Selbst die Krankheitsdauer schien abgekürzt.

Günstig gestaltete sich das Resultat bei acht Fällen von Neuralgie unbestimmten Ursprunges. Eine Frau mit Brustneuralgie zeigte Idiosynkrasie gegen Heroin; selbst wenn Patientin nicht wusste, was man ihr darreichte, stellte sich nach Gebrauch selbst recht geringer Dosen Heroin ein Gefühl von Unbehagen, Aengstlichkeit, Schwindel und Unwohlsein ein, das bis einen halben Tag andauerte. Andere Arzneimittel wurden anstandslos genommen und gut vertragen.

In einem Falle von Magencarcinom sistirten die Schmerzen nach Gebrauch von Heroin. In einem Falle von Bleikolik hatte Heroin ebenfalls günstigen Erfolg. Vf. gebrauchte stets salzsaures Heroin ausschliesslich intern, als Pulver, Mixtur oder Tropfen, die Tagesdosis von 0·03 g wurde nicht überschritten.

In Vfs. Praxis hat das Heroin das Codein ganz verdrängt und den Gebrauch des Morphins wesentlich eingeschränkt; für nicht ganz angezeigt möchte Vf. es dort halten, wo es sich um Ansammlung grösserer Schleimmengen und ihre schnelle Entfernung handelt. — (Heilkunde, H. 5, 1902.)

Die subcutane Gelatineinjection und ihre Gefahren. Von Dr. Margoniner und Dr. Hirsch. (Krankenhaus der jüdischen Gemeinde zu Berlin: Prof. Dr. Lazarus.)

Die subcutane Injection von Gelatine ist bei Blutungen jeglicher Art mit wechselndem Erfolge angewandt worden, sowohl bei Blutungen der Lunge als auch bei solchen des Darmtractus und des Urogenitalapparats. Auch bei Hämophilie ist eine auffallende hämostatische Wirkung beobachtet worden. Obwohl die meisten Autoren von unangenehmen Nebenerscheinungen der Gelatineinjection (Spannung und Schmerzgefühl, Abscessbildung an der Injectionsstelle, Temperatursteigerung etc.) berichten, so sind doch ernstliche Complicationen, die eine Anwendung der Gelatine contraindicirten, meist nicht beobachtet worden. In den letzten

Monaten sind fünf Fälle von Tetanus nach Gelatineinjection berichtet worden.

Vf. berichtet über zwei eigene letal endende Fälle, die viel Aehnlichkeit mit den Beobachtungen der anderen Autoren aufweisen.

Diese Beobachtungen zwingen die Ueberzeugung auf, dass die bisher von den meisten Autoren geübte Methode der Sterilisation, die Gelatine eine Stunde in Wasserdampf von 100 Grad zu bringen, nicht ausreichend ist, um alle Keime zu vernichten. Besser ist die von Holtschmidt geübte Methode, der die Gelatinelösung fünf bis sechs Stunden auf kochendem Wasserbade hielt und dieselbe dann erstarren liess.

Die vom Vf. geübte Art der Bereitung und Sterilisation der Gelatinelösung ist folgende: Von der käuflichen Gelatine wurden 2 g unter leichtem Erwärmen in 100 cm³ physiologischer Kochsalzlösung gelöst. Die so gewonnene Lösung wird dann eine Stunde strömendem Wasserdampf von 100 Grad ausgesetzt. Zur Injection wird eine Spritze benutzt, die vollständig zerlegbar und in ihren einzelnen Theilen gut zu sterilisiren ist.

Nach den bisherigen Erfahrungen muss zugegeben werden, dass wir in der Gelatine ein treffliches blutstillendes Mittel besitzen. Besonders augenfällig sind die Erfolge bei langandauernder Hämoptoë. Anderseits darf nicht verkannt werden, dass die Anwendung der subcutanen Injection, abgesehen von einigen unangenehmen Begleiterscheinungen, z. Z. noch schwere Gefahren in sich schliesst. Aus diesem Grunde jedoch die Gelatineinjection a priori zu verwerfen, wäre verfehlt. — (Therap. Monatsh. Nr. 7, 1902.)

Die Grundsätze der modernen Diabetesbehandlung. Von Dr. E. Samter.

Die Diabetesbehandlung hat die Aufgabe zu erfüllen, für jeden einzelnen Fall die Diät so zu reguliren, dass möglichst nur so viel Kohlehydrate in der Nahrung zugeführt werden, als der Organismus ohne Zuckerausscheidung verarbeiten kann, mit der Einschränkung jedoch, dass der Gesammternährungszustand dabei nicht Mangel leiden darf. Dieses Ziel ist bei den Glykosurien leichteren Grades, welche zu ihrer Beseitigung nur eine mässige Herabsetzung der Kohlehydratzufuhr erfordern, meist ohne besondere Schwierigkeiten zu erreichen; bei den höheren Graden indessen

können sich Schwierigkeiten einstellen, die Kohlehydratmenge dauernd auf das theoretisch richtige Mass zu reduciren, sei es, dass das Körpergewicht in unerwünschter Weise zu sinken anfängt und die körperliche Leistungsfähigkeit nachlässt, oder dass Kopfschmerzen und andere nervöse Beschwerden, Beeinträchtigungen des psychischen Allgemeinbefindens auftreten, Störungen von Seiten des Verdauungscanales sich infolge der mehr einseitigen Kost geltend machen, oder erhebliche Aceton- und Acetessigsäureausscheidung den Ausbruch des Koma befürchten lassen. In all diesen Fällen wird man sich öfters gezwungen sehen, die Grenzen weiter zu stecken und eine grössere Kohlehydratmenge zu gestatten, als mit Rücksicht auf den Grad der vorhandenen Stoffwechselstörung eigentlich erwünscht gewesen wäre. Es wird sich hiebei im Allgemeinen um die schwereren Diabetesfälle handeln, die an sich wenig Aussicht auf erhebliche Besserung bieten, oder um jugendliche Individuen, die jede stärkere Beschränkung der Diät schlecht vertragen und ebenfalls von vorneherein eine ungünstige Prognose abgeben, oder um alte Leute, bei denen der Schaden weniger in das Gewicht fällt, oder endlich um körperlich heruntergekommene Kranke, z. B. durch gleichzeitig bestehende Tuberculose, bei welchen man noch einen Stoffansatz erzielen will. In den übrigen Fällen, die bei Weitem die Mehrzahl bilden, dient die Diätbeschränkung nicht bloss dem äusseren Zwecke, die Zuckerausscheidung im Urin zum Verschwinden zu bringen, sondern dieses Verschwinden der Zuckerausscheidung pflegt einherzugehen mit einer Besserung einer ganzen Reihe subjectiver Beschwerden, welche sich bei freier Diät mehr oder weniger einstellen, wie die Polyurie und Polydipsie u. A. m.; ausserdem aber ist es auf diese Weise auch vielfach möglich, besonders bei den leichteren Fällen, allmälig eine Hebung der Toleranz herbeizuführen, indem die Menge der assimilirten Kohlehydrate bei erneuter Prüfung ein langsames Anwachsen zeigt, und so der Diabetes einer wirklichen Besserung entgegengeführt wird.

Es ergibt sich somit als erstes Erforderniss zur Einleitung einer rationellen Behandlung, jedesmal den Grad der vorhandenen Stoffwechselstörung festzustellen. Dies geschieht durch Bestimmung der täglich mit dem Harn ausgeschiedenen Zuckermenge, berechnet aus der Menge des in 24 Stunden entleerten Harnes und dem Percentgehalt an Zucker. Es empfiehlt sich, für diesen Zweck eine bestimmte Probekost geniessen zu lassen, welche nach Hirsch-

feld folgendermassen zusammengesetzt sein kann: 1 Pfund Fleisch, 4 Eier, 250 g Brot (= 130 Kohlehydrate), 4 Kartoffeln à 50 g (= 40 Kohlehydrate), dazu Kaffee, Thee, Fleischbrühe, Butter, Fett. Wünschenswerth ist es, diese Diät mehrere Tage hintereinander einhalten zu lassen, weil sich noch unter dem Gebrauch derselben eine Aenderung oder selbst ein Verschwinden der Zuckerausscheidung einstellen kann; geschieht letzteres nicht, so sind die Kohlehydrate allmälig weiter zu reduciren. Nothwendig ist in der Versuchszeit eine gewisse körperliche und geistige Ruhe, weil starke körperliche Anstrengungen und psychische Aufregungen, ebenso auch eine zurückgelegte Reise oder intercurrente Krankheiten von ungünstigem Einfluss auf die Glykosurie sind. Weniger zweckmässig ist es, nur ein kohlehydratreiches Frühstück zu geben, z. B. eine Portion Kaffee mit 200 g Milch, dazu 25 g Zucker und 120 g Brot (zusammen circa 100 Kohlehydrate), und dann den in den ersten sechs Stunden gelassenen Urin zu untersuchen. Dagegen ist es für die spätere specielle Anordnung der Diät empfehlenswerth, noch einige besondere Versuche anzustellen, nämlich ob Unterschiede in Bezug auf die Zuckerausscheidung bestehen, je nachdem die Kohlehydratmenge auf einmal genommen oder in mehreren Portionen über den Tag vertheilt wird; ferner ob die Assimilationsfähigkeit eine grössere ist, frühmorgens bei nüchternem Magen oder später im Laufe des Tages; auch darüber, ob die einzelnen Zuckerarten und Nahrungsmittel Ungleichheiten zeigen, also ob die gleichen Mengen von Kohlehydraten verschieden vertragen werden, je nachdem sie in Form von Brot, Kartoffeln, Milch, Obst, Bier etc. genossen werden. Diese Versuche sind anzustellen nach Feststellung der Toleranz auf Grund der Probekost, in welcher die Kohlehydrate successive so lange zu vermindern, resp. zu vermehren sind, bis die Grenze der Assimilationsfähigkeit erreicht ist. In den Fällen, in welchen selbst die vollkommene Entziehung der Kohlehydrate, auch wenn sie sogar über mehrere Tage fortgesetzt wird, noch kein Schwinden der Glykosurie zur Folge hat, wird auch aus der Eiweissnahrung noch Zucker ausgeschieden; man müsste daher auch die Fleischmenge noch herabsetzen, eventuell selbst ab und zu einen Hungertag einschieben, wenn man sich darüber Aufklärung verschaffen will, ob es noch möglich ist, unter Umständen einen vollkommen zuckerfreien Urin von dem Kranken zu erhalten. Jede erhebliche Beschränkung der Nahrungszufuhr bei schweren Fällen muss mit besonderer Vorsicht

geleitet werden, weil sie bei diesen leicht einmal ungünstige Folgen haben kann (Schwächezustände, Koma).

Erst nachdem man auf diese Weise die Assimilationsfähigkeit des Organismus geprüft hat, ist man im Stande, genauere Vorschriften bezüglich der einzuhaltenden Diät zu geben. Für jeden Diabetiker genügen etwa 100 g Kohlehydrate per Tag zur dauernden Ernährung. Hat nun im speciellen Falle die Untersuchung ergeben, dass 100 g oder auch darüber verwerthet werden, so werden sich keine besonderen Schwierigkeiten für die Ernährung ergeben. Man bleibt am besten immer noch etwas hinter der erlaubten Menge zurück; im Allgemeinen wird es gleichgiltig sein, in welcher Form die Kohlehydrate gereicht werden; im Einzelnen werden Kartoffeln besonders leicht vertragen, in anderen Fruchtzucker in Obst, wieder in anderen Milch etc., was durch Einzeluntersuchungen erst festzustellen ist. Das Brot ist meist zuträglicher, wenn es auf mehrere Portionen über den Tag vertheilt wird, auch wird es gewöhnlich bei nüchternem Magen schlechter assimilirt, als im Laufe des Tages. Man bestimmt gewöhnlich die erlaubte Kohlehydratmenge als Weissbrot, wovon der Patient jedesmal die sonstigen genossenen zucker- oder mehlhaltigen Speisen an der Hand der vorhandenen Tabellen in Abzug zu bringen hat. 100 g Weizenbrot sind ungefähr gleichzusetzen 70 g Weizenmehl, 85 g Semmel, 125 g Roggenbrot, 130 g Grahambrot, 250 g Kartoffeln, 75—80 g Reis oder Gries, 1250 g Milch, 1500 g Sahne etc. Das beim Zubereiten der Speisen und Saucen etwa verwendete Mehl darf ebenfalls nicht ausser Acht gelassen werden. Wenn die einmal festgesetzte Diät einige Zeit lang, ein paar Wochen oder Monate hindurch eingehalten ist, so muss immer eine gelegentliche Nachprüfung vorgenommen werden. (Schluss folgt.)

Physikalische Therapie.

Ueber die Einwirkung von Hitze, Kälte und feuchter Wärme auf Entzündungsprocesse in der Haut. Von Dr. Schäffer.

Vf. hat bei Kaninchen an symmetrischen Körperstellen theils sterile, theils in Höllenstein, Carbolsäure oder Bacterienaufschwemmungen getränkte Catgut- oder Seidenfäden durch die Haut und das subcutane Zellgewebe durchgezogen und liegen lassen und erzielte auf diese Weise Fremdkörperwirkung, chemischen

oder bacteriellen Reiz. Die eine Körperstelle wurde der gewünschten Behandlung unterzogen, wähend die unbehandelte symmetrische Seite zur Controle benützt wurde. Präparate der Controlseite zeigten stets Leukocytenansammlung um den Faden, die von der Epidermis gegen die Cutis zunahm. Bei Application von heissen Breiumschlägen fehlte die den Faden umschliessende Leukocytenansammlung immer, dagegen fand eine bedeutende Erweiterung der Blut- und Lymphgefässe, sowie seröse Durchtränkung aller Gewebsschichten statt. Waren die Umschläge weniger heiss, so war die Behinderung der Leukocytenansammlung, namentlich in der Tiefe, weniger vollkommen. Selbst virulente Staphylokokken waren bei frühzeitiger Anwendung von heissen Umschlägen nicht im Stande, einen Eiterungsprocess zu erregen.. Weniger auffallend war der Einfluss von Kälte, z. B. Eisblasen, auf die Entwicklung der entzündlichen Vorgänge. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 10, 1902.)

B.

Physikalische Therapie der Epilepsie. Von Docent Dr. Strasser.

Es muss als feststehende Thatsache hingenommen werden, dass es bis nun nicht gelungen ist, eine genuine Epilepsie durch physikalische Heilmethoden zur Heilung zu bringen, noch viel weniger, durch Hautreize einen schon eingetretenen Anfall zu coupiren, zumal sich ja schwere gefässlähmende Gifte, wie Amylnitrit, als ganz wirkungslos erwiesen haben. Mit Rücksicht aber auf die herrschende Lehre, die die Epilepsie als eine Angioneurose auffasst und als Ursache des Auftretens der Anfälle eine vermehrte Reizbarkeit der Hirnrinde und gesteigerte allgemeine Reflexerregbarkeit hinstellt, hält Vf. die Anwendung von hydriatischen Proceduren für nützlich und will — allerdings in leichteren Fällen — durch Wasseranwendung eine Verminderung — sowohl in Zahl und Intensität — der Anfälle gesehen haben. Im Vordergrunde stehen Halbbäder von 30—26° C. in der Dauer von 6—10 Minuten, dann kommen in Betracht Kühlapparate auf den Kopf oder den Rücken. Die feuchten Einpackungen jedoch haben vor den Halbbädern keinen merklichen Vorzug. Die Vortheile der Hydrotherapie liegen jedoch nicht in der Bekämpfung der epileptischen Anfälle, sondern in der Beeinflussung des Ernährungs- und Geisteszustandes des Kranken, sowie dessen Ausscheidungsfunctionen und endlich in dem sehr wichtigen Umstande, dass man durch die Hydrotherapie die schädlichen Nebenwirkungen der

Brommedication — die man in jedem Falle neben der Hydrotherapie einleiten soll — zu paralysiren in der Lage ist. Winternitz und seine Schüler heben hervor, dass bei combinirter Behandlung — Hydrotherapie und Brom — eine starke Reduction der Bromdosen möglich ist. Man geht vom Beginne der hydriatischen Behandlung langsam herunter; in leichten Fällen sogar bis zu 1·0 g pro die und ist in der Lage, nur von dem am wenigsten Bromismus verursachenden Bromnatrium Gebrauch zu machen. Dass man durch Hydrotherapie auf die im Verlaufe von Epilepsie sich ausbildende Anämie günstigen Einfluss üben kann, ist nicht zu leugnen; ebenso offenbar ist der Einfluss auf das Bromexanthem, dadurch, dass die Haut rein gehalten wird, denn das Exanthem ist ja nur die Folge des Reizes, den das durch die Talgdrüsen ausgeschiedene Brom auf diese ausübt. Auch auf die dyspeptischen Erscheinungen kann man hydrotherapeutisch guten Einfluss üben und so den Appetit und den Ernährungszustand des Patienten bessern. Endlich ist noch zu erwähnen, dass unter Hydrotherapie eine leichtere Ausscheidung des Broms stattfindet und so Bromismus hintangehalten wird. — Bei jungen und kräftigen Individuen kommen ausser den angeführten Proceduren noch im Betracht kühle Halbbäder (20—18° C., 2—5 Minuten), ferner Abreibungen, Tauchbäder bis 16° C., 1/4 Minute, sogar Douchen von mässigem Druck (nicht auf den Kopf!) auf den ganzen Körper und endlich Strahldouchen auf Unterschenkel und Füsse. Durchaus zu verbieten sind Schweissproceduren und Douchen von hohem Druck. Dyspeptische Erscheinungen indiciren Stammumschläge, Leibbinde und Sitzbäder (Kopfkühlung!). Bei Kindern ist die Anwendung von niedrig temperirten Bädern, wegen deren gesteigerter Reflexerregbarkeit, zu meiden. Von localen Proceduren seien noch erwähnt fliessende Fussbäder, Wassertreten bei der congestiven Form der Epilepsie; erregende Kopfumschläge bei anämischen Patienten. Der innerlichen Darreichung von Wasser kommt höchstens die Bedeutung eines Diureticums, das auf die Bromausscheidung wirkt, zu. — (Blätter f. klin. Hydrother. Nr. 6, 1902.) B.

Die prophylaktischen und therapeutischen Indicationen der Lungenphthise mit besonderer Rücksicht auf deren Mutterboden. Von Dr. Albert Robin und Dr. Maurice Binet.

Die beiden Autoren haben durch Untersuchungen an Phthisikern und deren Descendenten erwiesen, dass bei 92% der Kranken eine Steigerung des Sauerstoffverbrauches und der

Kohlensäureausscheidung stattfindet und bezeichnen diesen Umstand als charakteristisches Merkmal des Mutterbodens, der für die Infection mit Tuberkelbacillen geeignet ist. Da demnach auch im prätuberculösen Stadium die Vitalität stark angefacht ist, so sind jene prophylaktischen und therapeutischen Massnahmen, die auf die Lebensfunction des Organismus stimulirend wirken, contraindicirt und nur solche Heilfactoren herauszuziehen, die den Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäureausscheidung herabsetzen. Die Versuche beider Autoren mit physikalischen Agentien haben ergeben, dass geringe Temperaturschwankungen keinen Einfluss auf den Gang der Infection haben, ferner, dass, wenn 1. bei den Patienten, die warme und trockene Luft einathmen, der Gaswechsel erhöht ist, solchen Kranken ein trockenes und warmes Klima zu verbieten ist. 2. Heisses, feuchtes Klima ist allen Tuberculösen schädlich. 3. Inspiration von kalter Luft erhöht fast nie den Gaswechsel, scheint also für die meisten Phthisiker indicirt. 4. Bei Einwirkung von Wärme (Dampfbäder) auf die Körperoberfläche tritt eine Verminderung des Gaswechsels ein. Praktisch lassen sich diese Resultate so verwerthen: Kaltes Klima, in welchem der Kranke kalte Luft einathmet, ist Phthisikern nur dann nützlich, wenn die Körperoberfläche warm bleibt. Warmes Klima ist Phthisikern nur dann indicirt, wenn sie mittels eines geeigneten Respirationsapparates kalte Luft einathmen. Ueber den Einfluss des Höhenklimas auf den Gasaustausch sind die Angaben widersprechend und ist jedenfalls der Gaswechsel bei jedem Patienten, den der Arzt in ein Höhenklima schicken will, vorher zu untersuchen, und wenn derselbe gesteigert ist, das Höhenklima zu widerrathen. — (Blätter f. klin. Hydrother. Nr. 6, 1902.) B.

Ueber temperirte und die Körpertemperatur erhöhende Bäder.
Von Dr. Friedländer.

In Bezug auf die Fähigkeit, durch Wärmezufuhr die Körpertemperatur zu steigern, zeigen der feuchte Dampf und die elektrischen Licht- oder Heissluftbäder ein verschiedenes Verhalten: Im Dampfbade steigt die Körpertemperatur rascher an, als im Heissluft- oder Lichtbade; die Pulsfrequenz erfährt im Dampfbade eine beträchtliche Beschleunigung, es tritt rasch Vasodilatation, Herzklopfen, Beklemmung etc. ein; im Lichtbade dagegen nimmt die Pulsfrequenz nur mässig zu und die erwähnten unangenehmen Nebenerscheinungen bleiben aus. In Bezug auf die Wirkung beider Medien auf die Secretion und das Nervensystem hat es sich

gezeigt, dass die heissen Bäder nur eine ungenügende Excretion herbeiführen, während temperirte Bäder auf die Elimination von Giften, wie Arsenik, Blei, Quecksilber etc. günstiger einwirken und auch die nephritische Albuminurie herabsetzen. Darauf beruht die Anwendung der warmen und Dampfbäder in Russland und Japan. Sind aus irgend einem Grunde warme Ganzbäder nicht angezeigt, so werden locale Applicationen zu Hilfe genommen, vermittels der Heissluftapparate. Diese sind namentlich bei Gelenks-, Muskelaffectionen und Neuralgien angezeigt, während bei Infectionen, Katarrhen, Syphilis etc. die warmen Bäder vorzuziehen sind. Letztere kommen auch bei Nephritis, Chlorose, Cardiopathien und schweren vasculären Störungen in Betracht, ebenso bei alten und kachektischen Patienten, bei chronischen Entzündungsprocessen mit peripherer Hyperämie, acutem Gelenksrheumatismus, Arthritis deformans, Neuritis und tuberculösen Gelenksaffectionen. — (Gazette des eaux Nr. 2240, 1902.) B.

Einwirkung von elektrischem Glühlicht auf innere Infectionen. Von Dr. Krebs.

K. stellt fest, dass die von Gebhardt und Aufrecht beobachtete günstige Beeinflussung der Bacterienkrankheiten durch Bestrahlung mit Glühlicht nicht stattfindet. Wohl tödten oder schwächen sie die Bacterien in der Gelatine- oder Agarcultur, bei den complicirten Verhältnissen im Organismus versagen sie. Die von K. mit Milzbrand inficirten Mäuse und Meerschweinchen starben bei Lichtbestrahlung nicht später, als die im Dunkel gehaltenen. — (Ther. d. Gegenw. 1902.) B.

Die Behandlung des venerischen Geschwüres mit Kälte. Von Dr. A. Brandweiner.

B. behandelte 40 Fälle von Ulcus molle mit Vereisung durch Chloräthyl oder Metäthyl. Der Vorgang ist folgender: Nach gründlicher Reinigung des Geschwüres und seiner Umgebung mit Sublimat wird in einer Entfernung von circa 20 cm Chloräthyl oder Metäthyl durch 3—5 Minuten aufgesprayt, bis vollständige Vereisung eingetreten ist; danach wird auf das vereiste Geschwür Jodoformpulver gestreut und ein gewöhnlicher Verband angelegt. Beim Aufthauen entsteht eine active Hyperämie und kurze Blutung. Gangrän tritt nie ein. Die Procedur wird je nach Grösse des Geschwüres 1—3 mal täglich wiederholt. Zumeist tritt schon nach 1—3 maliger Application eine Reinigung des Geschwüres und eine schön granulirende Fläche zutage. Es ist anzunehmen, dass

die Kälte nicht direct bactericid wirkt, sondern dass durch die reactive Hyperämie der Geschwürsgrund gelockert wird und so für die Jodoformwirkung ein günstiges Terrain schafft. Möglich auch, dass die Hyperämie eine Ausschwemmung der Eitererreger bewirkt. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 17, 1902.) B.

Ueber den Einfluss von Bädern und Douchen auf den Blutdruck beim Menschen. Von Ottfried Müller.

Auf Grund von circa 1500 Blutdruckmessungen stellt M. folgende Sätze auf:

I. Nicht bewegte Bäder wirken wesentlich durch den thermischen Reiz auf den Blutdruck, und zwar bewirken Bäder von mittlerer Körperoberflächentemperatur eine Steigerung des Blutdruckes während der Dauer des Bades und Verminderung der Pulsfrequenz. Bäder oberhalb der Körperoberflächentemperatur bis zu 40° C. veranlassen nach vorübergehender Steigerung ein Sinken des Blutdruckes unter die Norm, dann erneuertes Ansteigen. Die Pulsfrequenz sinkt bis 38° C., von da aufwärts steigt sie. Bei Wasserbädern oberhalb 40° C. tritt wieder dauernde Steigerung des Blutdruckes ein, wie bei den kühlen Bädern, mit dem Unterschiede jedoch, dass die Pulsfrequenz stark vermehrt wird. Die Rückkehr zur Norm erfolgt in allen drei Fällen in $^1/_2$—2 Stunden.

II. Bei bewegten Bädern tritt der mechanische Reiz in den Vordergrund und bewirkt, unabhängig von der Temperatur, je nach der Intensität, stets eine Blutdrucksteigerung, die bedeutender, aber von kürzerer Nachwirkung ist, als bei den meisten Bädern. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1902.) B.

Chirurgie.

Wanderniere und Gallenstein. Von Prof. Dr. Marwedel.

Die Beobachtungen, die Vf. an seinem Krankenmaterial anstellte, ergaben, dass Gallensteine und Nierensenkung nicht gerade selten bei ein und derselben Patientin vorkommen. Er ging der Sache nach und fand weiters, dass eine rechtsseitige Wanderniere alle Symptome eines Gallensteinleidens, in Form von typischen Kolikanfällen, Stauung der Galle in der Gallenblase mit und ohne Ikterus hervorrufen kann, ohne dass eine Erkrankung der Gallenwege selbst, insbesondere Gallensteine, bestehen. Die Störungen

im Gebiete der Gallenwege entstehen seiner Meinung nach entweder durch directen Druck der gesenkten Niere oder durch Zug am Ligamentum hepatoduodenale. Der Vf. hält es weiter für wahrscheinlich, dass im Anschluss an rechtsseitige Wanderniere Gallensteine entstehen können und räth daher, bei Frauen mit Gallensteinsymptomen, der rechten Niere ein grösseres Augenmerk zu schenken, um dementsprechend auch therapeutisch einzuwirken; nur durch gleichzeitige Behandlung der Wanderniere kann Heilung der Gallenblasensymptome erzielt werden. Für Wanderniere mit Gallenstauung ohne Steinbildung empfiehlt sich die extraperitoneale Nephropexie, bei Complication mit Gallensteinen, die eine Beseitigung per laparatomiam erheischen, empfiehlt sich die Ausführung der Nephropexie in der gleichen Sitzung vom Bauchschnitte aus, u. zw. in Form der vom Vf. näher beschriebenen Transfication der Niere. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 34.)

Ueber Fremdkörperpunction. Von Docent Dr. Perthes.

Vf. gibt ein Verfahren an, welches die Auffindung von metallischen Fremdkörpern erleichtern soll. Der gewöhnliche Nachweis des Fremdkörpers auf der photographischen Platte genügt nicht, es muss vielmehr eine genaue Localisation des Fremdkörpers vorgenommen werden, um ihn rasch und sicher zu extrahiren. Als sehr praktisch hat sich dem Vf. das Einstossen von Nadeln in die nächste Nähe des Fremdkörpers erwiesen, das während der Durchleuchtung mit Hilfe des Fluorescenzschirmes geschieht. Wenn die Schatten der Nadel und des Fremdkörpers einander decken und auch bei Drehungen des durchleuchteten Körpertheiles sich von einander nicht entfernen, so erreicht die Spitze der Nadel sicher den Fremdkörper. Die liegen gebliebene Nadel dient dann als sicherer Wegweiser für die Operation, welche dann mit nur kleinem Schnitte und unter Schleich'scher Anästhesie ausgeführt werden kann. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 32, 1902.)

Beiträge zur pathologischen Bedeutung der Darmparasiten, besonders für die Perityphlitis. Von Dr. Schiller.

Einige in der letzten Zeit auf der Klinik des Prof. Czerny beobachtete Fälle von Appendicitis bewiesen, dass den Darmparasiten in der Pathologie der Wurmfortsatzerkrankungen häufiger eine ätiologische Bedeutung zukommt, als man früher dachte. Die Darmparasiten wirken entweder so, dass sie die Communicationsöffnung zwischen Appendix und Cöcum verlegen (Ascaris) und so die Erscheinungen der Colica appendicularis erzeugen, oder

so, dass sie durch Einbohren in die Schleimhaut (Trichocephalus dispar.) oder fortwährende Bewegungen (Oxyuris vermicularis) die Schleimhaut in einen Zustand von Reizung und Lockerung versetzen und dieselbe für das Einwandern von pathogenen Keimen empfänglich machen.

Die Appendicitis ex helminthiasi verläuft nach den Erfahrungen des Vf. als chronisch-katarrhalische Form und ist verhältnissmässig benigner Natur. Nach einer ausgiebigen Wurmcur gehen die Erscheinungen rasch zurück.

Prophylaktisch wäre der Stuhl bei allen Darmerkrankungen auf Parasiteneier zu untersuchen und bei positivem Ausfall eine Wurmcur stets durchzuführen.

Auf der Klinik Czerny wird in jedem Falle von chronisch-katarrhalischer Appendicitis, die auf Helminthiasis verdächtig ist, eine Wurmcur durchgeführt und erst, wenn der Erfolg ein negativer ist, wird operativ vorgegangen. Gegen Ascaris und Oxyuris steht Santonin in Verwendung, gegen Trichocephalus hat sich Thymol in der von Hausmann gebrauchten Formel (Thymol 2·0, Ol. olivar. 4·0, Gummi arab. 2·0, Aqua destill. 60·0. Morgens nüchtern jede Stunde einen Esslöffel; Abends Abführmittel durch drei Tage) sehr gut bewährt und führte zur Austreibung einer gewaltigen Zahl von Würmern. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 34.)

Die Dauerresultate der Bassini'schen Radicaloperation bei Leistenbrüchen. Von Dr. Matanowitsch.

Vf. hat die auf der Klinik Czerny operirten Fälle von Leistenbrüchen nachuntersucht und ein sehr günstiges Dauerresultat für die Bassini'sche Radicaloperation gefunden. Auf 117 Operationen konnte Vf. drei Recidiven constatiren (das ist 2·5 %).

Die weiteren Schlüsse, die Vf. aus seinen Beobachtungen gezogen hat, lauten:

1. Die Czerny'sche Radicaloperation ist bei Hernien kleiner Kinder wegen Einfacheit und wegen guter Dauerresultate, die sie gibt, unentbehrlich.

2. Das Kocher'sche Verfahren leistet ebenfalls gute Resultate in seinem engeren Indicationsgebiete, dasselbe umfasst besonders mittelschwere und uncomplicirte Fälle.

3. Bei schweren Fällen und bei einfacher liegenden incarcerirten Hernien leistet die Bassini'sche Radicaloperation das

Meiste und da sie den anderen Methoden auch sonst nicht nachsteht, verdient sie als Normalverfahren angesehen zu werden.

4. Bei der Ausführung der Bassini'schen Operation ist darauf zu achten, dass die Obliquus-Aponeurose nicht zu viel abgelöst und nicht zu fest geknüpft wird, damit keine Nekrose entsteht; weiters ist der Bruchsack hoch abzubinden und die hintere Leistencanalwand exact zu bilden, da man auf diese Weise am besten den Recidiven vorbeugt.

5. Wundeiterung beeinträchtigt bei der Bassini'schen Operation die Dauerresultate nicht. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 34.)

Zur Behandlung und Operation der Muskelbrüche. Von Oberstabsarzt Dr. Steudel.

Vf. hat einige Fälle von plötzlich entstandenen Muskelbrüchen behandelt und fasst seine Erfahrungen dahin zusammen, dass die conservative Behandlung einige Aussicht auf Erfolg hat, wenn die Brüche bald nach der Entstehung zur Behandlung kommen und nicht sehr gross sind. Die Behandlung besteht in Ruhigstellung der Extremität mit Hilfe eines Gipsverbandes, der an Stelle der Verletzung gefenstert wird zum Zwecke der gleichzeitigen Anwendung von Kälte (Aetherspray) und Compression. Die Operation eines Muskelbruches, welche in Abtragung des überstehenden Muskelwulstes und Fasciennaht mit Catgut besteht, ist selbst dann gerechtfertigt, wenn die Beschwerden nicht hochgradig sind. Bei aseptischem Verlauf ist Heilung zu erwarten. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 34.)

Ueber die Indication zur chirurgischen Behandlung ulceröser Lungenprocesse. Von Dr. Rudolf Riegner.

Auf Grund von mehreren Fällen von ulcerösen Lungenerkrankungen, die auf der Klinik des Prof. Fränkel behandelt wurden, stellt Vf. folgende Indicationen für die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten auf:

Von den ulcerösen Processen in der Lunge sind in erster Linie die Fälle von acuter, beziehungsweise von subacut verlaufender Gangrän zur Operation geeignet. Die einfachen Abscesse erfordern meist keine chirurgische Behandlung. Für die chronische Gangrän, Bronchiektasie und für tuberculöse Cavernen ist die Aussicht auf Heilung durch die Pneumotomie wegen der Vielheit der Herde sehr gering. Bei der Tuberculose kann die Operation gefährlich werden durch die Möglichkeit der Ausstreuung von Tuberkel-

bacillen über grosse Lungenabschnitte, oder durch ihr Eindringen in die Blutbahn.

Für ein chirurgisches Eingreifen ist die Herddiagnose unbedingt erforderlich; dieselbe ist auch ohne Höhlensymptome bei Solitärgangrän zu stellen und stützt sich auf die Verbindung folgender Punkte: a) das Bestehen einer circumscripten, womöglich von normalem Lungenschall umgebenen Dämpfung, b) auf das in kurzer Zeit erfolgende Auftreten aussergewöhnlich reichlicher Parenchymfetzen im Auswurf, c) auf das Röntgogramm, welches mit dem physikalischen Befunde ganz übereinstimmen muss. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29, 1902.)

Ein Beitrag zur sogenannten Autoplastik nach der Radicaloperation des Carcinoma mammae. Von Docent Dr. Göbel.

Die Operation des Carcinoma mammae hat in den letzten Jahren bedeutende Modificationen erfahren, indem die Erfahrung gemacht wurde, dass Recidive desto seltener auftreten, je mehr von dem umgebenden Fettgewebe und der Musculatur, weiters auch von den Drüsen bei der Amputation mit entfernt wird. Auf der Klinik Helferich wird die sogenannte Radicaloperation in jedem Falle von Carcinoma mammae geübt, wobei ausser dem subcutanen Fett auf grosse Strecken noch die sternocostale Portion des Musculus pectoralis major, die Fascie des M. serratus und des M. latissimus dorsi, dann alle Drüsen und das lockere Fett der Fossa axillaris und der Fossa infraclavicularis in Zusammenhang mit der Mamma entfernt werden. Die durch die Operation entstehenden Defecte sind sehr ausgedehnt, müssen aber zur Erzielung einer raschen Heilung gedeckt werden. Da die Haut durch Entfernung des Fettgewebes beweglicher wird, gelingt es manchmal durch Verschiebung der Haut, die Wunde vollständig zu decken, ein anderes Mal müssen Thiersch'sche Lappen oder gestielte Lappen benützt werden. Von grosser Wichtigkeit ist, dass die Achselhöhle und die blossliegenden Rippen durch gut vascularisirte gestielte Lappen gedeckt werden.

In zwei Fällen der Klinik Helferich, wo sehr ausgedehnte Substanzverluste gesetzt wurden, wurde die Deckung des Defectes dadurch erzielt, dass die gesunde Mamma durch einen unterhalb derselben verlaufenden Schnitt und Ablösen von der Unterlage mobil gemacht und in den durch die erste Operation entstandenen Defect eingepflanzt wurde. Der durch die Verschiebung der Mamma entstandene Defect konnte durch quere

Nähte bedeutend verkleinert werden. Die Mamma heilte an und blieb, da oberhalb der Mamma kein Schnitt geführt wurde, der die ernährenden Gefässe hätte treffen können, dauernd gut ernährt. Die Achselhöhle wurde wieder durch einen Lappen gedeckt, der aus der Haut neben und über der Scapula gebildet wurde.

Durch die Autoplastik ist es daher möglich, die Operation bei Carcinoma mammae radical zu gestalten, ohne fürchten zu müssen, dass die bei derselben gesetzten grossen Substanzverluste die Heilung bedeutend verzögern. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 64, H. 1—3.)

Ueber die operative Behandlung veralteter Ellbogenluxationen. Von F. Weber.

Auf Grund von 2 Fällen von veralteten Ellbogenluxationen, die vom Vf. 9, resp. 14 Monate nach stattgehabter Verletzung mit gutem Erfolge operirt wurden, bekennt sich Vf. als unbedingter Anhänger der operativen Therapie und trachtet die Indicationen für die einzelnen Operationsmethoden zu fixiren. Die wichtigsten Schlussfolgerungen, die er aus seinen Beobachtungen und den Fällen aus der Literatur zieht, sind folgende:

Bei irreponiblen Ellbogenluxationen aller Altersstufen ist die Arthrotomie, die die früheren anatomischen Verhältnisse wiederherstellt, als Normalverfahren anzusehen.

Bei der Arthrotomie darf man sich nicht mit der Reposition begnügen; alle Knochenfragmente und Osteophyten müssen entfernt werden, um ein gutes functionelles Resultat zu erzielen. Zur Eröffnung des Gelenkes zieht Vf. Längsschnitte vor.

Das lange Bestehen der Luxation oder die Complication und Fracturen der Gelenkenden können nach Ansicht des Vf. nicht als Contraindication zur Arthrotomie gelten.

Die Resection des Gelenkes hält Vf. für das ultimum refugium in den seltenen Fällen, wo die Arthrotomie nicht zum Ziele führt; als primäre Operation ist sie dort indicirt, wo eine grössere Fractur und Dislocation des Condylus internus vorliegt. Für das kindliche Alter hält Vf. die Resection für contraindicirt, da die Knochen nach der Operation stark im Wachsthum zurückbleiben können. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 64, H. 1—3.)

Zur Technik der Fusssohlenabdrücke. Von Dr. Bettmann.

An Stelle des berussten Glanzpapiers, das zur Herstellung von Fussabdrücken benützt wird, empfiehlt Vf. das photographische Celluloidin-Copirpapier, mittels dessen man viel rascher und

genauer den Abdruck erhalten kann. Die Technik ist folgende: Bestreichen der Fusssohle mit etwas Natronlösung, wie zum Fixirbad gebräuchlich, oder mit Thonfixirbadlösung, Auftreten auf das Papier für einige Secunden. Setzt man das Papier hellem Tageslicht aus, so erscheint schon nach einigen Secunden der Abdruck scharf. Man legt das Bild dann ins Thonfixirbad und behandelt es auch weiter, wie jede Copie.

Man kann statt des Celluloidin-Papiers auch das billigere Eisenblaupapier verwenden; in diesem Falle bestreicht man den Fuss mit Essiglösung und setzt das Papier nach dem Abdruck nicht dem Lichte aus, sondern gibt es sofort ins Wasser und lässt es trocknen. Diese Abdrücke geben aber die Feinheiten nicht so wieder, wie die ersten. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 27, 1902.)

Tragfähiger Amputationsstumpf. Bedeckung mit der Achillessehne. Von Docent Dr. Wilms.

Nach der Erfahrung des Vf. gelingt es nicht in allen Fällen von Amputationsstümpfen, die sich direct auf die Prothese stützen, die Haut an der Unterfläche durch Massage und Uebung zu kräftigen und hypertrophisch zu machen; vielmehr findet man zuweilen auch Druckatrophien der Hautdecke durch die Belastung und den Druck gegen den harten Knochen.

Von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass ein elastischer Polster zwischen Knochenstumpf und Haut die Schädigung der Haut durch den Knochen zum Theil beseitigt, deckte Vf. bei einem 16jährigen Menschen den gewöhnlichen Amputationsstumpf der Tibia mit der umgeschlagenen und an die Vorderfläche der Tibia angenähten Achillessehne. Patient stand in der vierten Woche auf; der Stumpf war völlig schmerzlos und functionirt tadellos. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 27, 1902.)

Pneumotomie wegen Fremdkörper. Von Dr. Beckmann.

Vf. theilt einen interessanten Fall mit, der vom Oberarzt Dr. Habs mit glücklichem Ausgang operirt wurde. Es handelte sich um einen Knaben, der beim Spielen einen Grashalm aspirirte und bald darauf Stechen in der rechten Brustseite und Husten bekam. Einige Tage darauf hustete das Kind einen scharfen Grashalm aus, worauf für einige Tage der Husten und das Fieber aufhörten; dann traten aber wieder Stiche in der rechten Seite auf und es bildete sich eine umschriebene Dämpfung hinten in der Gegend der 10. Rippe. Eine Probepunction ergab Eiter, worauf dann der Patient zur Operation bestimmt wurde.

Dieselbe wurde circa 3 Wochen nach der Aspiration des Grashalmes ausgeführt und bestand in Resection der 10. und 11. Rippe und Freilegung der Pleura. Da die Pleura costalis mit der Pleura pulmonalis fest verwachsen war, wurde sofort zur Eröffnung der Höhle geschritten. Nach mehrfachen Punctionen gelang es, Eiter zu finden, worauf dann unter Belassung der Nadel in der Höhle das Scalpell längs derselben in die Höhle hineingestossen wurde. Die Blutung aus dem Lungengewebe wurde mittels Tamponade gestillt, und dann konnte der Fremdkörper aus der Höhle mit einer Kornzange extrahirt werden. Derselbe erwies sich als eine 6 cm lange, zusammengerollte Grasähre. Die Wunde wurde mit steriler Gaze austamponirt und war nach 5 Wochen vollständig geheilt. Nach der Heilung liess sich weder percutorisch, noch auscultatorisch etwas Krankhaftes nachweisen. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 64, H. 1—3.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Dilatation, Curettage und prolongirte Drainage des Uterus bei gewissen Formen von Salpingitis. Von Prof. M. Beaussenat und Dr. Ed. Blum.

Obige Behandlungsmethode wurde im Jahre 1887 zuerst von Walton in Anwendung gezogen und haben sich viele französische Aerzte, die dieselbe einer Nachprüfung unterzogen, im günstigen Sinne über dieselbe ausgesprochen. In Deutschland beschäftigte sich Gottschalk mit derselben und machte diesbezügliche Berichte in der Deutschen medicinischen Wochenschrift im Jahre 1889. Die Beschreibung der genauen Ausführung der Methode, sowie die in Tabellenform ausführlich mitgetheilten einschlägigen 20 Fälle sind im Originale nachzusehen. Autor führt die Wirkung dieser indirecten Behandlungsmethode der Salpingitis auf folgende Momente zurück: 1. Wird durch die Dilatation das Ostium uterinum wieder durchgängig und die Uteruswandungen weich gemacht. 2. Wird durch die Curettage die erkrankte Uterusschleimhaut, die Ursache der Tubenerkrankung, entfernt. 3. Wird durch die Drainage der Uterus längere Zeit offen gehalten und dem Uterustubensecret der Abfluss möglich gemacht. Weiters zieht Vf. aus seinen Erfahrungen folgende Schlussfolgerungen: 1. Schon die Behandlung der Endometritis durch ausgiebige Dilatation,

Curettage und prolongirte Drainage ist im Stande, bei etwa vorhandener secundärer Salpingitis eine bedeutende Besserung, mitunter selbst völlige Heilung, herbeizuführen. 2. Katarrhalische Salpingitis, einseitig oder doppelseitig, wird auf diese Weise stets geheilt. Selbst bei eitrigen und cystischen Salpingitiden sind günstige Resultate aufzuweisen. Die parenchymatösen, veralteten und schmerzhaften Affectionen der Tuben werden durch die Walton'sche Methode wesentlich gebessert. 3. Periuterine Infiltrate können ebenfalls resorbirt werden. Selbst Pyosalpinges dürfen der Walton'schen Methode unterzogen werden, wenn es sich bloss um einen einseitigen Sack handelt, der geringe Grösse besitzt, noch nicht lange besteht und keinen wiederholten entzündlichen Nachschüben ausgesetzt war. Schliesslich darf die Behandlung nur in einer entzündungsfreien Zeit begonnen werden. Das Walton'sche Verfahren ist gefahrlos, jedoch darf der Uterus dabei nicht dislocirt werden und muss strengste Antisepsis eingehalten werden. Vf. empfiehlt, diese conservative Methode in allen Fällen zu versuchen. Ist der Erfolg günstig, so hat man der Frau die Tuben und damit die Möglichkeit, Kinder zu bekommen, erhalten. Im ungünstigen Falle hat man noch immer nichts versäumt und kann durch die Laparatomie radical vorgehen. — (Revue de gyn. et de chir. abdom. Nr. 6, 1901.) Königstein.

Die Behandlung und Statistik der Eklampsie. Von Dr. Ed. Glockner.

Vf. verarbeitet ein Material von 147 Fällen von Eklampsie, die im Verlaufe von 1895—1900 auf der Leipziger Universitäts-Frauenklinik beobachtet wurden. Im Grossen und Ganzen bestätigt Vf. die Beobachtungen anderer Autoren. Vf. theilt mit Olshausen die Ansicht, dass der Ausbruch der Erkrankung während der Gravidität viel häufiger sei, als für gewöhnlich angenommen wird, und führt einen Fall an, wo Anfälle in der ersten Hälfte des dritten Graviditätsmonates auftraten. Die Eklampsie post partum beträgt analog den Angaben von Winckel und Olshausen 15%. Im Urin konnte immer Albumin nachgewiesen werden. Von 26 Fällen, die zur Section kamen, zeigten 25 pathologische Veränderungen der Nieren. Bezüglich der Prognose sind rasches Aufeinanderfolgen der Anfälle, sowie die Dauer des nachfolgenden Komas von grosser Bedeutung. Die Anfälle hörten in 40% der Fälle nach erfolgter Geburt auf, ohne Bezug auf die Art und Weise der Entleerung des Uterus. Die Sterblichkeit betrug 15·5%,

inbegriffen die Todesfälle infolge von Complicationen. Von therapeutischen Behelfen empfiehlt Vf. den Aderlass wegen seiner guten Wirkung. In drei Fällen setzten die Anfälle 24—80 Stunden nach erfolgtem Aderlass aus. Die rasche, frühzeitige, jedoch möglichst schonende Entbindung in tiefer Narkose ist die Directive und sprechen die zusammengestellten Behandlungsresultate für die Methode nach Dührsen ein beredtes Wort. Nur ein Fall ging an Sepsis zugrunde. — (Archiv f. Gynäkol., Bd. 63, H. 1 und 2.)

Königstein.

Silber als äusseres und inneres Antisepticum in der Gynäkologie. Von Prof. B. Credé.

Auf dem internationalen Congress in Moskau im Jahre 1897 berichtete Vf. zuerst über das von ihm neuentdeckte lösliche Silber (Argentum colloidale), welches unter dem Namen Collargol in den Handel eingeführt ist. Von der Annahme ausgehend, dass das lösliche Silber ein Specificum gegen septische Infection ist, brachte Vf. in die Anwendung des Präparates System und Methode. Bei Behandlung septischer Allgemeininfection bedient sich der Autor neben der Schmiercur neuerdings der intravenösen Injection. 5—10 g einer 1% igen oder 10—20 g einer 0·5% igen Lösung von Collargol werden pro dosi angewendet, Wiederholungen eventuell in 12 stündigen oder längeren Pausen, je nach dem Effect. Auch bei chronischen Sepsisfällen bewährte sich eine länger dauernde Schmiercur (bis zu 50 Einreibungen). — (Med. Woche Nr. 21 und 22, 1901.)

Königstein.

Die Therapie der chronischen Endometritis in der allgemeinen Praxis. Von Dr. C. Menge.

Vf. gibt vorerst eine sachliche Uebersicht über die allgemeine und locale Therapie und geht besonders auf den Werth der einzelnen örtlichen Behandlungsmittel, ihre desinfectorische, sowie ätzende Kraft ein und vertritt den Standpunkt, dass nur ätzende Mittel von flüssiger Beschaffenheit in Betracht kommen können, die auch desinfectorische Eigenschaften besitzen müssen, um den Aetzschorf unschädlich zu machen. Diese beiden Qualitäten besitzt das Formalin und hat Vf. während einer siebenjährigen Versuchsreihe am reichen Materiale der Leipziger Poliklinik die besten Erfolge aufzuweisen. M. bedient sich der von ihm angegebenen Hartgummistäbchen, welche mit Watte armirt, in einem hohen, gut verschliessbaren Glascylinder in Formalinlösung (30—50 : 70—50 Wasser) eintauchen, mithin in bacteriologischer

Hinsicht einwandfrei sind, das Aetzmittel an sich tragen und so zur jeweiligen sofortigen Verwendung parat stehen. Alle Uebelstände der Playfair-, Sänger-, Obermann-Lottstäbchen entfallen und man soll im Stande sein, auch bei nicht dilatirtem Cervix im Trelat'- oder Neugebauer'schen Spiegel die ganze Uterusinnenfläche gleichmässig zu bestreichen und vollständig zu verätzen. Vf. verwirft den Gebrauch des Chlorzinks als Aetzmittel auf das Entschiedenste, weil es keine Desinfectionskraft besitzt und der Aetzschorf dieses Metallsalzes im Uterus leicht zum Nährboden für Infectionserreger werden kann. Ebenso ist M. gegen die Verwendung der Braun'schen Spritze wegen der Gefahr des Uebertrittes von Flüssigkeit in die Tuben und Bauchhöhle und der daraus entstehenden Folgen. Da der Vf. durch obige Arbeit das Ziel verfolgt, die Behandlung der chronischen Endometritis zum Gemeingut der praktischen Aerzte und zu einer gefahrlosen Sprechstundenbehandlung zu machen, so wäre dagegen nichts einzuwenden. In der Hand des Specialarztes unter den nothwendigen Vorsichtsmassregeln vorgenommen, darf die Behandlung mit der Braun'schen Spritze keinerlei Gefahr bringen, jedoch muss einerseits die Cervix genügend weit sein, um den Abfluss der Aetzflüssigkeit zu ermöglichen, anderseits darf nach der Braun'schen Vorschrift nur eine geringe Flüssigkeitsmenge in den Fundus gespritzt werden. Weiters wäre zu erwägen, ob die bei nicht erweiterter Cervix vorgenommene Stäbchenätzung nicht doch eine unvollkommene ist, weil der grösste Theil der in der Watte suspendirten Aetzflüssigkeit beim Einführen durch die Cervix ausgedrückt wird und wieder abfliesst, ohne ihrer Bestimmung zugeführt worden zu sein. Jedenfalls hat Vf. im Formalin wegen seiner grossen Aetz- und Desinfectionskraft ein ausgezeichnetes Mittel erprobt, welches weiteste Beachtung und Verbreitung bei der Behandlung der chronischen Endometritis verdient. — (Archiv f. Gynäkol., Bd. 63, H. 1 und 2.) Königstein.

Klinische Beobachtungen über Eklampsie. Von Dr. F. Goedecke.

Die im Jahre 1892 von Olshausen veröffentlichte diesbezügliche Arbeit findet in obiger gewissermassen ihre Fortsetzung. Sie behandelt die Jahre 1892—1899 mit 403 Fällen von Eklampsie, von denen 304 I.-gebärende und 99 mehrgebärende sind. Vf. weist auf die besondere Wichtigkeit der Oedeme unter den Prodromalerscheinungen hin. Wenn bei hochschwangeren Frauen bereits vorhandene Oedeme plötzlich stark zunehmen, dann ist Gefahr im

Verzug und die Geburt sofort einzuleiten, um den Ausbruch der Eklampsie zu verhüten. Aus dem Vorhandensein des Albumens im Urin, sowie aus der Menge desselben irgend welche prognostische Schlüsse ziehen zu wollen, wäre gefehlt, da zwölf seiner Fälle, bei denen kein Albumen nachzuweisen war, tödtlich endeten. Von den 403 Gesammtfällen endeten 68 tödtlich; unter letzteren waren zehn puerperale. Letztere Zahlen zeigen auch hier wieder, dass die puerperalen Eklampsien gefährlich sind und umso gefährlicher, je später die Anfälle im Wochenbette eintreten. Von den Kindern ging mehr als die Hälfte bei oder infolge der Geburt zugrunde. In zehn Fällen wurde nach überstandener Eklampsie puerperale Psychose beobachtet. Vf. bezeichnet es als eine Hauptaufgabe des Geburtshelfers, den Uterus so rasch als möglich zu entleeren. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 40, H. 1.)

Königstein.

Operative Eingriffe und Verletzungen während der Schwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Zahnextractionen. Von Dr. J. Christ.

Der erste Theil der Arbeit behandelt im Allgemeinen den Einfluss, den operative Eingriffe, sowie Verletzungen überhaupt auf die bestehende Schwangerschaft ausüben. Vf. kommt hiebei zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Unter normalen Verhältnissen kann jeder nothwendige operative Eingriff in der Gravidität vorgenommen werden. Nur bei Eingriffen, die die Genitalsphäre selbst betreffen, ist die Möglichkeit einer Schwangerschaftsunterbrechung gegeben. 2. Die durch eine bevorstehende Operation bedingten psychischen Erregungen wirken nicht unterbrechend auf die Gravidität bei gesundem Uterus. 3. Der Graviditätsmonat kommt bei gesundem Uterus für den Effect einer Operation nicht in Betracht. 4. Hohe Temperatur, starker Blutverlust im Anschluss an eine Operation können wohl unter Umständen eine Gravidität unterbrechen, kommen aber für gewöhnlich nicht in Betracht, da sie als vermeidbare Complicationen (P. Müller) angesehen werden müssen. 5. Wenn trotz normaler Verhältnisse die Gravidität durch die Operation doch unterbrochen wurde, so ist dies als Ausnahme anzusehen, welche, da sie sich jeder Berechnung entzieht, nicht statistisch zu verwerthen ist. Der zweite Theil der Arbeit umfasst speciell zahnärztliche Operationen während der Gravidität und können nach den Erfahrungen des Vf. alle zahnärztlichen Operationen im Bedarfsfalle während der Gra-

vidität ohne nachtheilige Folgen (Unterbrechung der Schwangerschaft) vorgenommen werden. — (Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk., Jahrg. 18, H. 11 u. 12.) Königstein.

Eine milde Form der Neuritis cruralis im Puerperium. Von Dr. N. P. Ernst.

Vf. berichtet über 30 Fälle einer bisher noch nicht beschriebenen Neuritis, die in den ersten Tagen nach der Geburt auftritt. Parese einer oder beider unteren Extremitäten. Schmerzen im Gebiete des Nervus cruralis und Empfindlichkeit am Stamme des Nerven sind die hervorstechendsten Symptome. Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden, Temperatursteigerung ganz geringen Grades. Am häufigsten kommt es bei I-par. vor und verschwindet wieder nach wenigen Tagen vollkommen. Infection oder Intoxication mit Antisepticis glaubt Vf. in diesen Fällen ausschliessen zu können. Die Pathogenese ist unaufgeklärt. — (Archiv f. Gynäkol., Bd. 62, H. 3.) Königstein.

Schwere puerperale Infection des Uterus, gefolgt von acuter Peritonitis. Vaginale Hysterektomie. Heilung. Von C. Mariani.

Infolge von Metritis und Endometritis post partum wurden vorerst intrauterine Ausspülungen vorgenommen. Da der Zustand sich nicht besserte, wurde curettirt, worauf eine septische Parametritis auftrat. Daraufhin wurde das hintere Scheidengewölbe eröffnet, worauf sich eine kleine Menge Eiters entleerte. Nach einer vorübergehenden, nur kurze Zeit andauernden Besserung kommt es zu einer acuten Peritonitis. Vf. führte dann in der Absicht, den primären Infectionsherd zu entfernen, und das peritoneale Cavum zu drainiren, die vaginale Exstirpation des Uterus 46 Tage nach der Entbindung aus. Es entleerte sich nur wenig Eiter. Die Kranke genas vollkommen. — (Archiv di ost. e. gin. Nr. 1—2, 1901.) Königstein.

Hysterektomie beim Wochenbettfieber. Von E. Grandin.

Aussicht auf Erfolg nach Vornahme einer Hysterektomie beim Puerperalprocess hängt nur davon ab, ob der richtige Augenblick gewählt wurde. Die Schwierigkeit des letzteren Umstandes liegt darin, die Ursache des im Wochenbette auftretenden Fiebers zu constatiren. Man muss es sich zur Regel machen, ausnahmslos in jedem Falle von fieberhaftem Verlaufe des Wochenbettes die Gebärmutterhöhle in Narkose aufs Sorgfältigste abzutasten. Vf. ist der Ansicht, dass dort, wo die Gebärmutterhöhle frei von in Fäul-

niss übergegangenem Material ist, die septischen Erscheinungen aber schwer sind, die Hysterektomie vergleichsweise noch die besten Aussichten gibt. Doch muss sie frühzeitig ausgeführt werden, weil die Ausbreitung der Infection über die Genitalorgane hinaus auf dem Wege des Lymphsystems ausserordentlich rasch erfolgt. — (Med. News Nr. 18, 1902.) Königstein.

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber Forman und seine Anwendung. Von Dr. Hermann Suchanneck.

Forman ist eine ölartige, an der Luft schwach rauchende Substanz, welche aus Menthol und Formaldehyd unter Einwirkung von Salzsäure entsteht (es ist gechlorter Methyl-Menthyläther) und sich bei Berührung mit Wasser wieder in die drei genannten Bestandtheile zerlegt, und zwar umso schneller, je wärmer das Wasser ist; auf dieser leichten Zerlegbarkeit beruht seine therapeutische Wirksamkeit und Verwendbarkeit. Die Inhalation der Dämpfe bewirkt z. B. bei acutem Schnupfen Anämisirung und Anästhesirung der Nasenschleimhaut und S. konnte durch die Geruchsempfindung zuerst das Menthol und später das schwächer wirkende Formaldehyd wahrnehmen, während die Salzsäure wegen ihrer geringen Menge und starken Verdünnung absolut nicht zur Perception gelangt. Das Inhalationsfläschchen wird mit Wasser von 30°—40° zur Hälfte gefüllt, dann 4—5 Tropfen Forman (rein oder mit Vaselinum liquidum zu gleichen Theilen gemischt) eingetropft, dann das gabelförmige Ansatzrohr aufgesetzt, dessen beide Enden in die Nasenlöcher gesteckt werden. Frischen Schnupfen kann man durch solche Inhalationen (alle 2 Stunden oder selbst stündlich je 5 Minuten lang tief einathmen) geradezu coupiren; auch einfache Rachen- und Kehlkopfkatarrhe heilen rasch und mehrere heftig beginnende Stirnhöhlenkatarrhe sah S. schnell ablaufen. Bei chronischen Katarrhen wurden die Beschwerden der Nachschübe erheblich gemildert, bei Coryza nervosa und Heuschnupfen empfiehlt sich ein Versuch damit.

Jetzt hat man auch Pastillen mit bestimmter Dosirung des Formans hergestellt, wodurch eine langsamere Zersetzung im Wasser und eine gleichmässigere Entwickiung der Dämpfe herbeigeführt wird. Sehr beschäftigte Personen können kleine

Kügelchen von Formalwatte in die Nasenöffnungen stecken und die Kügelchen öfters wechseln. — (Fortschr. d. Medicin, Nr. 3, 1902.) Weil.

Ueber die Erzeugung subcutaner Paraffin-Prothesen. Von Dr. Albert E. Stein.

Bekanntlich hat Gersuny 1900 die von ihm erdachte Methode der Erzeugung subcutaner und submucöser Prothesen durch Einspritzung von verflüssigtem Vaselin bekannt gemacht. St. hat zunächst eigene Thierversuche gemacht und gefunden, dass eine Giftwirkung des Paraffins nicht vorhanden ist und dass auch, wie schon früher durch die Erfahrungen der Dermatologen (bei Verwendung von Paraffin als Vehikel für die Quecksilbersalze bei der Injectionstherapie der Syphilis) festgestellt wurde, die Gefahr der Lungenembolie bei subcutaner Injection sehr gering ist. Den besten Schmelzpunkt des Paraffins sucht St. bei 42° bis 43° C. (andere Autoren nehmen nur 40°), dieser ist durch Mischung verschiedener Paraffinsorten leicht zu erzielen. Wenn St. bei seinen Thierversuchen Paraffin von höherem Schmelzpunkte als 50° nahm, erfolgte ausnahmslos eine sehr heftige Entzündung in der Umgebung, die zu trockener Gangrän des über dem Depot liegenden Hautstückes und in der Folge zur Ausstossung des Paraffinblocks (jedoch ohne Störung des Allgemeinbefindens) führte. Der Verlauf nach der Operation war ganz der von Gersuny angegebene: leichte Reaction mit nachträglicher Einkapselung des Paraffins und Durchwachsung desselben mit Bindegewebe. St. hat auf diese Weise mehrere Sattelnasen und einen Gaumendefect mit Erfolg behandelt; er verwendet eine Spritze mit Glaskolben und angeschraubten Ansatztheilen und Nadeln. — (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 39—40, 1901.) Weil.

Zur Behandlung der geschwollenen unteren Nasenmuschel bei der Rhinitis vasomotoria. Von Dr. W. Lublinski.

Das Leiden findet sich am häufigsten bei anämischen und chlorotischen Individuen; die weiblichen Kranken scheinen zu überwiegen, zum Theile wohl auch deshalb, weil sie wegen der begleitenden Röthung und teigigen Schwellung der Nasenspitze häufiger den Arzt aufsuchen. Zum Unterschiede von der Rhinitis hyperplastica findet man in diesen Fällen gleichmässige starke teigige Schwellung der Muschelschleimhaut von blasser Farbe, nirgends himbeerartige oder glatte circumscripte Wucherungen. Die Secretion ist gering, meist wässerig, selten schleimig. Die

Allgemeinbehandlung des Leidens — kräftige Ernährung, Abhärtung, Körperbewegung, Darreichung von Eisen und Arsen — genügt in leichten Fällen und wird durch Massage der Muscheln mit Mentholparaffin ($^1/_4$—$^1/_2$%) wesentlich unterstützt.

In schwereren Fällen müssen die cavernösen Räume verkleinert werden und dazu genügen oberflächliche Aetzungen nicht. L. wendet daher submucöse Galvanokaustik mittelst eines langen spitzen Brenners an, der nahe dem Knochen bis an das hintere Muschelende vorgeschoben werden muss. Zur Anästhesirung dient Eucaïn, weil man nach Cocaïnanwendung nicht mehr gut in den contrahirten Schwellkörper eindringen könnte. Die Reaction nach diesem Eingriffe ist meist sehr heftig. Ein gleichartiges, aber milderes Verfahren ist die von Hamm angegebene submucöse Injection einer 10%igen Chlorzinklösung, die mit einer gewöhnlichen Pravaz'schen Spritze und einer langen Nadel ausgeführt wird; indem man die eingestochene Nadel langsam zurückzieht, injicirt man 6—10 Tropfen der Lösung in das cavernöse Gewebe. Die Reaction ist mässig; nach 8—14 Tagen ist die Retraction des Schwellkörpers vollendet und die Muschel sieht normal aus, fühlt sich jedoch mit der Sonde wesentlich härter an. Manchmal muss man nach einigen Wochen die Procedur wiederholen. L. empfiehlt diese „sklerogene“ Methode als einfach und ungefährlich. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52, 1901.) Weil.

Ueber die Behandlung der Leukoplakia bucco-lingualis. Von Dr. M. Bockhardt.

B. hat über 60 Patienten — durchaus Männer — mit der genannten Affection beobachtet; sie waren ausnahmslos Syphilitiker und gleichzeitig Raucher. Nie sah er diese Krankheit bei nicht luetischen Rauchern, aber auch niemals bei nicht rauchenden Luetikern; daher behauptet er, dass sie durch die gleichzeitige Einwirkung dieser beiden Ursachen entstehe, wenn sie auch festgestelltermassen durch eine antisyphilitische Therapie nicht im Mindesten gebessert, merkwürdiger Weise zuweilen sogar verschlimmert wird, wie B. in Fällen gesehen hat, wo die Kranken wegen anderer Syphiliserscheinungen einer solchen Therapie unterzogen wurden.

Die Localbehandlung der Leukoplakie ist bekanntlich nur dann erfolgreich, wenn die Kranken wenigstens während der Behandlung das Rauchen gänzlich aufgeben, wozu sich aber nur Wenige entschliessen können; es genügt jedoch nicht, wenn sie

nur weniger rauchen. B. lässt die kranken Stellen der Zunge und der Wangenschleimhaut täglich oder jeden zweiten Tag mit Perubalsam einreiben und den Mund häufig (6—12mal im Tage) mit $^1/_2$—3%iger Kochsalzlösung ausspülen und hat so in einer Reihe von Fällen nach $^1/_2$—2 Jahren Heilung erzielt; bei einigen Kranken nahm sogar die deformirte (gelappte) Zunge wieder ihre normale Beschaffenheit an. Adstringentia (wie Tct. Myrrhae, Tct. Ratanhiae) fand B. nicht nützlich, eher schädlich, dagegen sah er vom Genusse alkoholischer Getränke oder gewürzter Speisen — im Gegensatze zu anderen Beobachtern — keinen Schaden. Gegen die schmerzhaften Rhagaden fand er nur Leistkow'sche Resorcinpaste oder Milchsäure (50%ig oder concentrirt) sehr wirksam. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol. H. 4, 1902.) Weil.

Rhinogener Stirnlappenabscess durch Operation geheilt. Von Dr. J. Herzfeld.

Hirnabscesse nach Stirnhöhleneiterung sind (im Gegensatze zu den otogenen) selten und werden meistens erst bei der Section gefunden. H. beobachtete eine acute Stirnhöhleneiterung nach Schnupfen, wobei nach 6 Wochen unter hohem Fieber Apathie und Pulsverlangsamung eintrat. Dann meisselte H. die linke Stirnhöhle auf; die hintere Wand derselben erwies sich als cariös und die Sonde gelangte mit leichtem Drucke in das Schädelinnere. Dieser folgend, wurde ein extraduraler Eiterherd und dann ein grosser Hirnabscess eröffnet. Complete Heilung nach 5 Wochen. Bacteriologisch wurde Diplococcus pneumoniae lanceolatus gefunden. Bemerkenswerth ist das Entstehen nach acuter Stirnhöhleneiterung und der Mangel eines jeden objectiven Symptoms, mit Ausnahme der Pulsverlangsamung. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1901.) Weil.

Zahnheilkunde.

Die späteren Schicksale von sechzig Zahneinpflanzungen. Von Henri Rodier.

Seit 13 Jahren hatte R. 60mal Gelegenheit, Zähne einzupflanzen, wobei es sich 38mal um Reimplantation desselben Zahnes, 15 mal um Transplantation frischer und 7 mal um Implantation conservirter, zu diesem Behufe präparirter Zähne handelte. Von den Letzteren fielen fünf schon kurze Zeit nach der Operation aus, einer hielt zwei, ein anderer acht Jahre. Von den

15 Transplantationen bewähren sich sieben noch heute, während acht im Verlaufe von einem halben bis zu neun Jahren ausgestossen wurden. Bei den 38 Reimplantationen schwankt die Dauer des Erfolges zwischen 3—12 Jahren. Die Operation wurde stets unter Cocaïn-Anästhesie gemacht, nachdem der Wurzelcanal mit Guttapercha oder Cement verschlossen und die Wurzelspitze resecirt worden war. In den ersten Tagen bestehen entzündliche Erscheinungen von geringer Intensität. Des Weiteren lassen sich zwei Grupen von Fällen unterscheiden: entweder der Zahn wird vollständig fest, so dass er nach einigen Monaten sich durch Druckempfindlichkeit und Percussionsschall in keiner Weise von seinen Nachbarn unterscheidet, oder er bleibt locker und wird nach mehr weniger langer Zeit infolge Rarefication seiner Wurzel eliminirt. Um die Farbe des einzupflanzenden Zahnes braucht man sich nicht zu kümmern, da er im Munde durch Aufnahme von Flüssigkeit alsbald ein natürliches Aussehen bekommt. Eine grosse Rolle spielen Temperament und allgemeine Körperbeschaffenheit des Patienten. Gute Erfolge erzielt man nur bei kräftigen, gesunden Personen. Ein Nachtheil ist die Neigung eingepflanzter Zähne abzubrechen; es liegt aber in einem solchen Falle, wofern nur die Wurzel fest ist, kein Hinderniss vor, auf letztere einen Stiftzahn zu setzen. — (Revue de Stomatologie, Bd. 9, H. 6.) R. Kronfeld.

Bacteriologische Versuche über die Wirkung unserer Mundwässer. Von Josef Pelnar.

Vf. untersuchte die in Prag gebräuchlichen Mundwässer (Odol, die Mundwässer von Rössler, Faber, Ebermann, Popp, Horak, Baštyř, Schmidt und Wachsmann) auf ihre Reaction, Reizwirkung und toxische Wirkung. Er suchte festzustellen, bei welcher Concentration das Wachsthum der Bacterien verhindert wurde und welchen Effect Spülungen mit reinem Brunnenwasser hatten. Seine Schlussfolgerungen lauten:

1. Aus der Prüfung der Reaction würde sich ergeben, dass die Mundwässer von Horak, Popp, Baštyř, Wachsmann und Faber für die Zähne schädlich sind.

2. Die Wirkung auf das Peritoneum der Meerschweinchen ist die durch Zusätze verschärfte Alkoholwirkung.

3. Sämmtliche geprüfte Mundwässer wirken in praxi auf die Mikroben keineswegs schädlich, da sie in der zum Gurgeln bestimmten Zeit weder das Wachsthum derselben hemmen, noch die Mikroben tödten. Auf die Sporen des Bac. anthracis wirken die

Mundwässer selbst in concentrirtem Zustande nach 48stündiger Einwirkung nicht im Geringsten.

4. Zehn Minuten andauernde Gurgelungen mit 6%igen Mundwasserlösungen üben auf die Zahl der Mikroben nicht den geringsten Einfluss, genau so wie das Gurgeln mit gewöhnlichem Brunnenwasser. Man muss daher zu dem Schlusse kommen, dass das Gurgeln bei Benützung selbst genügend concentrirter Lösungen theurer Mundwässer vom bacteriologischen Standpunkte indifferent ist. Nicht einmal eine viertelstündige Einwirkung, dreimal täglich wiederholt, kann die Fäulniss des Fleisches verhindern. Es bleibt daher bloss eine Eigenschaft übrig, das wäre der leicht adstringirende Geschmack der Mundwässer. Sämmtliche in den Prospecten mitgetheilten Anpreisungen über Desinfection sind als unbegründet zu bezeichnen. Wer mit einem dieser Mundwässer gurgeln will, der sei sich wenigstens dessen bewusst, er thue es bloss des angenehmen Geschmackes halber. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 11 und 12, 1902.) R. Kronfeld.

Dermatologie und Syphilis.

Behandlung der krankhaften Veränderungen der Nägel durch Glühhitze. Von H. Fournier.

Die auf Paronychie beruhenden Affectionen der Nagelveränderungen, wie sie im Gefolge von Ekzemen, Psoriasis und Trichophytie aufzutreten pflegen, werden in der Weise behandelt, dass unter localer Anästhesie die feine Spitze eines zum Glühen gebrachten Galvanokauters im Halbkreise um den Nagel bis in die Nagelmatrix hineingestossen wird. — (Journal des maladies cutan. et syphilit., Januar 1902.) Horovitz.

Schwere Hg-Intoxication nach Gebrauch von salicylsaurem Quecksilber. Von Prof. Lesser.

L. machte in der Berliner dermatol. Gesellschaft die Mittheilung, dass bei einer Kranken schon nach drei Injectionen schwere Vergiftungserscheinungen zutage traten. Nach der dritten Injection Durchfall; drei Wochen später Hg-Erythem, Fieber bis 40°, Albuminurie und reichlich Hg im Harne. Später, nachdem die Kranke sich erholt hatte, kam es zu einer Nekrose der ganzen hinteren Vaginalwand, so dass eine Communication mit dem Rectum entstand, dabei wieder hohes Fieber und 150 Pulsschläge. L. glaubt, dass es sich um eine Idiosynkrasie gegen Hg

handelt. — (Berl. dermatol. Gesellschaft, 1902, Sitzung vom 4. März.) Horovitz.

Ueber Pruritus localis nach internem Arsenikgebrauch. Von Dr. E. Doctor.

In einem Falle von Psoriasis vulg. und in einem zweiten Falle von Lichen ruber planus kam es nach der Verabfolgung von Arsenpillen zu einem circumscripten Jucken am Hodensacke, resp. im zweiten Falle in der linken Femoralbeuge. Nach Aussetzen des Mittels schwand innerhalb drei Tagen das Jucken. — (Monatsh. f. Dermatol., 15. April 1902.) Horovitz.

Zur Behandlung der Papillome der Harnröhre. Von Dr. J. J. Karvonen.

Bekanntlich treten die spitzen Kondylome auch in der Urethra auf und sind nicht so leicht daselbst zu beseitigen. Man versuchte sie mit Aetzmitteln unter endoskopischer Besichtigung zu treffen, ferner zu umschnüren, galvanokaustisch und elektrolytisch wegzubringen, auszulöffeln und mit der Polypenzange abzutragen; sodann wurde empfohlen, die stärkste endoskopische Röhre ohne Conductor einzuschieben, um sie so abzuschaben und endlich das Tamponécrassement von Oberländer gerathen. Das letzte Verfahren besteht darin, dass das Papillom zwischen zwei Wattetampons gefasst und durch drehende Bewegung abgequetscht und abgerieben wird, natürlich unter endoskopischer Controle. K. empfiehlt auf die eingeführte Vollsonde von aussen her einen massirenden Druck auszuüben und so die Neugebilde zu zerquetschen und nachher einige Lapistropfen zu instilliren. — (Dermatol. Centralbl. Nr. 9, 1902.)

Horovitz.

Primula obeonica als Krankheitsursache. Von Dr. Dreyer.

Die Vergiftung mit Primula obeonica äussert sich auf Händen, Vorderarmen, Augenlidern und Wangen als Erythem, Oedem und Blasenbildung, als Urticaria oder als rhagadiformes Ekzem. Der acute Anfall geht entweder vorüber oder es kommt zu einer chronischen Veränderung der Haut. Die Differentialdiagnose ist dann nicht immer leicht. Es erkranken in der Regel Leute, die mit der Pflanze zu thun haben: Gärtner, Frauen und Mädchen; es gehört eine Disposition für die Erkrankung dazu. Hervorgerufen wird die Läsion durch feine Härchen, die auf der Unterseite der Blätter, Blüthen und auf den Stengeln vorhanden sind. Wenn die Härchen in der Haut abbrechen, dann bleibt ein Reiz zurück, der das Uebel

bewirkt. Es finden sich aber auch Härchen, die ein reizendes Secret liefern. Dieses Secret löst sich in 96%igem Alkohol, Aether, Chloroform, Terpentinöl, Benzol, conc. Schwefelsäure und Salzsäure; dagegen nicht in 20° C. warmem Wasser. Therapeutisch erweist sich Zinkleim, Puder und Hebra'sche Salbe wirksam. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1902.) Horovitz.

Ueber das Auftreten von Hg im Mundspeichel. Von Dr. M. Oppenheim.

Die Angaben über das Erscheinen von Hg im Speichel, im Verlaufe von Quecksilbercuren sind sehr different, ja oft einander widersprechend. Vielleicht hängt dieser Widerspruch mit den Methoden der Untersuchung zusammen. O. entschloss sich, die Methode von Jolles zu benützen, die ebenfalls einen Amalgamirungsvorgang, aber mit reinem Gold darstellt und bei ihrer Handlichkeit selbst auf Kliniken durchgeführt werden kann. Er gelangt zu folgenden Resultaten: Hg wird bei Quecksilbercuren durch den Speichel ziemlich constant ausgeschieden, u. zw. früher bei Injectionscuren als bei Einreibungen; doch immer später als im Harne. Bei Injection löslicher Mittel schwindet es früher aus dem Speichel, als bei der Schmiercur, aber stets früher als im Harne. Bei längerem Aufenthalt in Räumen, wo Hg verdampft, erscheint es ebenfalls im Speichel. — (Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 56, H. 3.) Horovitz.

Kinderheilkunde.

Ueber einen mit normalem Blutserum behandelten Fall von schwerem Scharlach. Von Dr. C. S. Engel.

Das normale Ueberstehen einer acuten Infectionskrankheit, wenn auch deren Erreger uns unbekannt sind, haben wir uns folgendermassen vorzustellen: Der Krankheitserreger ruft die Bildung von Immunkörpern von Seiten der Körperzellen hervor; mit Hilfe dieser Immunkörper zerstören die vorhandenen Alexine die Krankheitsursache. Ist die Krankheit glücklich überstanden, dann bilden sich bis zur völligen Genesung an Stelle der aufgebrauchten neue Complemente, während die Immunkörper noch einige Zeit im Serum vorhanden sind. Erliegt der Kranke, dann ist die Ursache entweder in der zu geringen Menge specifischer Ambóceptoren (welche die wirksamen Alexine an die zu vernichtenden Krankheitsträger binden) oder im Verbrauchtsein der Complemente (Alexine) oder endlich in dem Mangel an beiden zu suchen.

Diese Gesichtspunkte leiteten den Verfasser bei der Behandlung eines schweren Scharlachfalles, einen sechs Jahre alten Knaben betreffend. Es bestand hohes Fieber, leichte initiale Albuminurie, diphtherieähnlicher Tonsillenbelag, in dem sich neben Streptokokken und Staphylokokken auch Diphtheriebacillen fanden, und Drüsenschwellung. Eine Injection von Diphtherieserum bewirkte lediglich einen rasch vorübergehenden Temperaturfall. Der soporöse Zustand und der schwache Puls liessen Autor den bevorstehenden Exitus befürchten, und da ein Immunserum, etwa von einem Scharlachreconvalescenten, nicht zur Verfügung stand, wurden 8 cm^3 frischen Blutserums von einem an pleuritischen Schmerzen leidenden Menschen injicirt, in der Voraussetzung, dass möglicherweise die Alexine verbraucht seien, bei genügender Menge von Immunkörpern. Kräftigerer Puls, Eintreten von Ruhe und unbedeutender Temperaturabfall war die Folge.

Die Fiebercurven und der weitere Krankheitsverlauf lassen dem objectiven Beurtheiler nicht die geringste Beeinflussung der Krankheit durch die Seruminjection deutlich werden. Nichtsdestoweniger empfiehlt Autor für ähnliche Zustände die Injection von normalem Serum, lediglich gestützt auf theoretische Erwägungen.

(Therap. Monatsh., Sept. 1902.)

Ueber die Behandlung der Enuresis. Von Dr. Karl Walko.

W. anerkennt, dass die verschiedensten Behandlungsmethoden der von den meisten Autoren als Neurose anerkannten Enuresis oft gute Erfolge aufweisen. Er selbst hat einerseits Fälle reiner idiopathischer Enuresis, andererseits solche von symptomatischer Enuresis (Epilepsie, Cystitis bei Prostatahypertrophie, Hysterie) behandelt. Bei der Behandlung wurden vornehmlich die mechanischen Methoden berücksichtigt. Namentlich die combinirte Massage vom Rectum lieferte bei der functionellen Enuresis ausgezeichnete Resultate und führte durchschnittlich bei drei- bis fünfmaliger Anwendung zur dauernden Beseitigung des Leidens. Oefters hatte auch bei symptomatischer Incontinenz das Verfahren gute Resultate.

Die Massage wurde derart ausgeführt, dass das Kind entweder in Rückenlage oder in Knieellenbogenlage gebracht wurde, dann die eine Hand oberhalb der Symphyse dem ins Rectum eingeführten Finger der anderen Hand entgegen gedrückt wurde. So wurde durch 4—5 Minuten eine leichte Massage des Blasenhalses durch kreisende Bewegung oder längs- und querverlaufende Streckung

ausgeführt. Hie und da wurde auch die Vibrationsmassage bei reiner Enuresis und symptomatischer Incontinenz sowohl am Perineum, als an der Blasengegend oberhalb der Symphyse in der Dauer von 2—5 Minuten gleichfalls mit befriedigendem Erfolge angewendet.

Die sonstigen Behandlungsmethoden sind bei durchschnittlich vier- bis fünfwöchentlicher Dauer in ihren Resultaten wechselnd, die elektrische und hydrotherapeutische Methode im Grossen und Ganzen eher erfolgversprechend, als die medicamentöse. Vf. wendet sich bei Anerkennung der Möglichkeit einer günstigen psychischen Beeinflussung der Krankheit gegen die Auffassung der Enuresis als einer monosymptomatischen Hysterie (Thiemich). Die Anamnesen lassen zwar erkennen, dass in der Enuresis ein durch verschiedene accidentelle Ursachen eingetretenes Hemmungsphänomen eines an sich früher normal functionirenden Organes zu sehen sei. Dies wird ja schon dadurch bewiesen, dass selbst eine von der frühesten Kindheit bis weit über die Pubertät hinausreichende Enuresis geheilt werden kann und der Sphinkter von da ab normal functionirt. — (Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie, Sept. 1902.)

Beitrag zur Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum. Von Dr. E. Fuhrmann.

Vf. erörtert die Aetiologie der Meläna und spricht sich für eine strenge Trennung der M. vera von der M. symptomatica aus. In drei Fällen hatte er Gelegenheit, die subcutane Gelatineinjection gegen die Meläna in Anwendung zu bringen. Von diesen starb ein Kind, vielleicht wegen zu später Anwendung des Verfahrens, zwei wurden geheilt.

Vor Allem kommt es darauf an, möglichst früh zu injiciren und in hinreichender Menge. Zur Injection eignet sich am besten die Gegend zwischen den Schulterblättern, wo das Unterhautzellgewebe sehr locker ist und die Resorption der Flüssigkeit rasch vor sich geht. Auch ist es von Vortheil, dass hier die Injectionsstellen nicht mit den Excrementen in Berührung kommen. Die 2%ige Gelatinelösung sollte immer mit Hilfe einer physiologischen Kochsalzlösung hergestellt werden. (Also etwa in der Form: Rp. Gelatinae albae 1·0, Natr. chlorat. chemice pur. 0·3, Aqu. dest. 50·0) Vf. ist geneigt, einen Theil der beobachteten unangenehmen Complicationen dem Mangel an Natron zuzuschreiben. Endlich wäre auf die grösseren Mengen hinzuweisen, die zwei Indicationen zugleich

dienen, nämlich dem Ersatze der mit dem Blute verloren gehenden Flüssigkeit und der Entgiftung, da die Meläna denn doch in manchen Fällen auf Intoxication beruht. Autor injicirt stets mindestens 40—50 cm^3. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 35, 1902.)

Beitrag zur unblutigen Phimosenbehandlung. Von Dr. Orlipski.

Die mechanische Dehnungsbehandlung leistete bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen gute Dienste. Vf. pflegt so vorzugehen, dass er zunächst mittels einer Pincette „sich einen Weg durch den Engpass der Vorhautmündung bahnt" und so lange und so oft diese Dehnung vornimmt, bis es gelingt, ein nach Art der gefensterten Nasenspecula construirtes Dilatatorium einzuführen, was schon in der ersten oder der zweiten Sitzung gewöhnlich der Fall ist. Unter Benützung der am Ende des Dilatators befindlichen Schraube wird in vorsichtiger Weise das Instrument erweitert und bleibt so etwa 5 Minuten unter der gedehnten Vorhaut liegen. Die Procedur wird einmal in der verticalen, dann in der horizontalen Ebene vorgenommen, um eine Dehnung nach allen Richtungen zu erzielen. Diese Behandlung erfolgt je nach Bedürfniss mehrere Male hintereinander in grösseren Zwischenräumen, und zu Hause soll ausserdem versucht werden, die Vorhaut über die Eichel zurückzuschieben. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 35, 1902.)

Ueber die acuten Entzündungen der Rachenmandel (adenoide Vegetationen). Von Dr. Beckmann.

Die acute Entzündung der Rachenmandel ist die wichtigste und häufigste Erkrankung der oberen Luftwege; isolirt kann sie übersehen werden, aber auch schwere Allgemeininfection erzeugen; sie greift oft auf die Nase und ihre Nebenhöhlen als eitriger Schnupfen über. Die Folge häufiger Recidive ist die Degeneration des unteren Randes der unteren Muschel und pathologisches Zellgewebe. Entfernt man bei einem Kinde mit Naseneiterung die Rachenmandel, so verschwindet sofort der Eiter. Auch die tieferen Luftwege werden durch das Secret und die Entzündung geschädigt, desgleichen sehr oft das Ohr. Auch die Gaumenmandeln erkranken bei jeder heftigen Pharynxtonsillitis unter dem Bilde der Tonsillitis lacunaris. Auch Recidive des Gelenksrheumatismus vermochte Vf. durch Entfernung der Rachenmandel zu entfernen. Eine ähnliche Rolle spielt diese Drüse bei vielen anderen, besonders infectiösen Krankheiten. Die Therapie der einzelnen Anfälle besteht in Schnupfpulvern, Halsumschlägen, Entfernung des angetrockneten Secretes, Gurgeln. Complicationen müssen entsprechend behandelt

werden; nur bei acuten Ohraffectionen entfernt Vf. die Rachenmandel. Prophylaktisch werthvoll sind Wassercur, Abhärtung, Aufenthalt im Freien; das souveräne Mittel ist die Abtragung der Mandel. — (Vortr. i. d. Berliner med. Gesellsch.; nach Therap. Monatsh.)

Kleine Mittheilungen.

Dormiol bei Epileptikern. Als ausgezeichnetes Mittel, den oft sehr gefährlichen Status epilepticus möglichst bald zum Stillstand zu bringen, hat sich bisher das Amylen bewährt in Dosen von 2—3—5 g per rectum. Neben dem Amylenhydrat wird, u. zw. gleichfalls mit meist günstigem Erfolg, das Chloral angewandt. Das Missliche bei der Anwendung dieses Mittels ist jedoch die ungeheure Vorsicht, mit der man hierbei die Kreislaufstörungen berücksichtigen muss. Bei Menschen mit Fettherz, Herzerweiterung oder atheromatösen Processen wirken schon Dosen, bei denen man überhaupt noch kaum an eine toxische Wirkung denkt, oft tödtlich. Man wird daher von vorneherein dem Amylenhydrat, von welchem derlei üble Nebenwirkungen auf das Herz nicht bekannt geworden sind, bei der Behandlung des Status den Vorzug geben müssen. Da nun das Dormiol (Dimethyl-äthyl-carbinol-chloral) aus je einem Theil Amylen und Chloral zusammengesetzt ist, liegt der Gedanke sehr nahe, gerade dieses Mittel auch beim Status epilepticus anzuwenden. Demgemäss wurde denn auch die Wirkung des Dormiols von Dr. Hoppe in der Landesheilanstalt Uchtspringe bei einer Anzahl Status erprobt. Die meisten der betreffenden Kranken zählten zu den Epileptikern, deren Krankheiten anscheinend auf einer organischen Affection des Gehirns beruhen, bei denen die Status im Allgemeinen schwerer sind und das Leben mehr gefährden, als die Status bei der sogenannten genuinen oder idiopathischen Epilepsie. In elf Fällen wirkte Dormiol jedesmal prompt, ohne üble Nebenwirkungen zu erzeugen, meist wurde das Mittel per rectum applicirt. 2—3 Esslöffel einer Lösung 10·0 : 150·0 wurden mit $^1/_4$—$^1/_3$ l lauen Wassers verabfolgt. Auch als Schlafmittel leistete es gute Dienste bei meist an Arznei gewöhnten Patienten in der Dosis von 1 g per os. — (Münch. med. Wochenschr.; Reichs-Med.-Anz.)

Ueber endovenöse Sauerstoffinjectionen beim Menschen. Von Prof. Maniani. Baccelli war der Erste, welcher heroische Medicamente auf endovenösem Wege versuchte und zuerst Sauer-

stoffeinathmungen am Sterbebette Victor Emanuel's anwendete. Gärtner war der Erste, welcher in die Vene des Hundes Sauerstoff einspritzte und den Nachweis führte, dass relativ grosse Dosen vertragen werden. Vf. hat diese Versuche fortgesetzt. Einem Hunde von 5 kg wurden in die V. femoralis 10 cm³ Sauerstoff, einem Hunde von 10 kg 30 cm³ Sauerstoff anstandslos infundirt. Um nun grössere Dosen injiciren und der gewöhnlichen Spritze entbehren zu können, hat Vf. einen eigenen Apparat zusammengestellt. Mit demselben wurden in die blossgelegte V. femoralis eines 14 kg schweren Hundes im Verlaufe von zwei Stunden 3 l Sauerstoff ohne Nachtheil injicirt und konnte man an dem im Beginne der Operation in die Nadel der Canüle austretenden Blute die Wirkung des Sauerstoffes (lebhafte Röthung, Schäumen) beobachten. Erst als die Sauerstoffmenge 3 l überstieg, ging das Thier an Embolie zugrunde. Am 3. Juli d. J. wurde ein 23 jähriger Mann mit hochgradiger Dyspnöe der Klinik übergeben. Beiderseitige Lungentuberculose, Cyanose, kalter Schweiss, Extremitäten livid, Respiration 54, Puls 144, Temperatur 38·5°. Mit Zustimmung des Kranken und seines Vaters wurde die V. dorsalis am rechten Fusse unter Cocaïnanästhesie eröffnet; Blutung minimal, Injection von Sauerstoff mit Hilfe des erwähnten Apparates. Eintritt von 10 cm³ Sauerstoff ohne Anstand, nach einer halben Stunde waren schon 80 cm³ eingespritzt. Puls 140, Respiration 50. Der Kranke begehrt, mit der Injection fortzusetzen. Nach weiteren 40 cm³ Sauerstoff Respiration 48, Puls 136. In drei Viertelstunden waren somit 120 cm³ Sauerstoff einverleibt. Der Kranke war erleichtert, der Puls regelmässiger. Die Temperatur 38°, Respiration 40, Puls 120 eine Stunde nach der Operation. Die Nacht vom 3. auf 4. Juli verlief gut. Um 7 Uhr Abends des 4. Juli neuerliche Verschlimmerung, Collaps. Auf Drängen des Kranken wird Sauerstoffinjection versucht. Allein es war unmöglich, eine Vene zur Anschwellung und zum Durchscheinen zu bringen. Die Armnerven wollte Vf. wegen der Nähe des Herzens nicht angehen in der Erwägung, dass der Sauerstoff nicht Zeit genug hätte, von den Blutkörperchen absorbirt zu werden. In diesem Falle ist dem Anscheine nach das Leben eines in Agonie Befindlichen verlängert, der Sauerstoff von den rothen Blutkörperchen vollständig absorbirt, das Oxyhämoglobin vor Eintritt des Blutes in die Lungen gebildet worden. Eine Gasembolie ist nicht eingetreten. — (Gazz. degli ospedali: Riform. med.; Wien. klin. Wochenschr.)

Bromipin. Von Dr. Baucke. Bromipin kommt in zwei Formen in den Handel, als 10% iges und als $33^1/_3$% iges Bromipin. Ersteres stellt eine hellgelbe, leicht dicke, ölige Flüssigkeit dar von 1·008 specifischem Gewicht bei 20° C. Das hochprocentige Präparat ist ein zähes, dickes Oel von hellbrauner Farbe, von einem specifischen Gewicht von 1·311 bei 20° C. Wegen seiner Consistenz lässt es sich nicht gut einnehmen, man verordnet es daher in Kapseln à 2 g oder applicirt es per rectum. Auf Grund seiner unzweifelhaften Vortheile, die das Bromipin gegenüber den Bromsalzen dadurch besitzt, dass es keine Störungen des Verdauungstractes und keine Hauteruptionen hervorruft, wird man es anwenden bei Epilepsie in allen Fällen, in denen die so oft folgeschweren Erscheinungen des Bromismus weitere Bromsalzmedication verbieten, also bei schweren Erscheinungen von Seiten des Magendarmcanals und bei hartnäckigen Fällen von Bromakne. Bromipin ist ferner zu empfehlen bei leichten, mittelschweren und frischen Fällen von Epilepsie, bei denen man mit Bromsalzen keine nennenswerthen Erfolge erzielte. Bei nervösen Beschwerden der verschiedensten Nervenkrankheiten und der Neurasthenie leistet es, gleich den anderen Brompräparaten, ausgezeichnete Dienste. Von fast sämmtlichen Patienten wird das 10% ige Bromipin ohne Widerwillen eingenommen, es erinnert bezüglich seines Geschmackes und Geruches in keiner Weise an Brom. Um seinen öligen Geschmack zu verdecken, versetze man das Präparat mit einer Spur Ol. Menth. pip., oder reiche es in warmer Milch. In Fällen, in denen es aus diesem oder jenem Grunde per os nicht gegeben werden kann, empfiehlt sich die rectale oder subcutane Injection. Sollen hohe Dosen in Anwendung kommen, so verordne man das $33^1/_3$% ige Bromipin in Kapseln oder applicire dasselbe per rectum. — (Psychiatr.-neurolog. Wochenschr., Jahrg. 4, Nr. 5.)

Ueber Behandlung der Epilepsie nach der Methode Toulouse-Richet. Von Dr. Jenö Halmi und Dr. And. Bagarus. Die Methode der Epilepsiebehandlung nach der Methode Toulose-Richet besteht bekanntlich darin, durch Entziehung des Kochsalzes aus der Nahrung für die Wirkung des Broms in dem Chemismus günstigere Verhältnisse zu schaffen. Die Verfasser begannen die Heilmethode am 1. Mai 1901; 15 Kranke unterwarfen sich der Cur, worunter 9 mit mehr als 12 und 6 mit 3—6 Anfällen monatlich. Bei den ersteren kam bei regelmässiger Bromtherapie jeden zweiten bis dritten Tag ein Anfall vor, bei den

letzteren jeden fünften bis zehnten Tag ein Anfall. Bei diesen 15 Kranken kamen bei regelmässiger Bromtherapie, bezw. auch ohne jede Veränderung derselben, hochgradige spontane Schwankungen vor. Ende Mai 1901 stellten die Vf. die oligochlorische Therapie bei ihren sämmtlichen Kranken ein, nicht nur deshalb, weil sie keine objective Besserung beobachteten, sondern auch deshalb, weil die Kranken eine Fortsetzung der Cur entschieden verweigerten. Die Vf. fassen ihre Resultate dahin zusammen, dass die Toulouse-Richet'sche Heilmethode die Epilepsie weder heilt, noch bessert. Wohl gelangt das Brom bei Entziehung des Chlors besser zur Entfaltung, doch ist die stärkere Wirkung mit einer verschieden schweren Bromvergiftung verbunden, und somit kann die Methode nicht nur nicht empfohlen werden, sondern ist dieselbe entschieden gefährlich. Abgesehen hiervon scheitert eine längere Zeit hindurch währende Anwendung auch an der Weigerung der Patienten; schon aus diesem Grunde ist die Methode illusorisch. — (Pest. med.-chir. Presse; Therap. Monatsh.)

Ueber Perdynamin. Von Oscar Liebreich. Vf. hat mit Prof. Langgaard an einem Kaninchen Versuche mit Perdynamin angestellt, um zu constatiren, ob der Hämoglobingehalt des Blutes zunimmt. Das Thier bekam täglich 5 cm^3 Perdynamin mit 15 cm^3 Wasser verdünnt in den Magen. Es stieg der Hämoglobingehalt, mittels des Gärtner'schen Hämatographen bestimmt, innerhalb 11 Tagen von 53 bis 57% auf 70% und erhielt sich bei weiterer Verabreichung des Perdynamins auf dieser Höhe. Es ist dies eine Zahl, welche wahrscheinlich den Maximumgehalt an Hämoglobin darstellt, den das Kaninchen erreichen kann. Es bestätigen also die Experimente die Angaben, die über Perdynamin gemacht sind, und es ergibt sich aus diesen Versuchen, dass Perdynamin ein sehr kräftiges blutbildendes Mittel ist, welches, wie die Erfahrung zeigt, nicht nur gut vom Organismus vertragen, sondern auch gut resorbirt und von den Patienten gerne genommen wird. — (Therap. Monatsh.)

Ueber den Nutzen des Chinins in der Behandlung des Abdominaltyphus. Von Dr. W. Kernig. Vf. hatte als Oberarzt im Obuchow-Frauenspital in Petersburg, wo 1891 bis 1900 3704 typhuskranke Frauen behandelt worden waren, Gelegenheit, sich von der Vortrefflichkeit des Chinins bei der Behandlung des Typhus zu überzeugen. Kernig leugnet zwar, dass durch methodische Verabreichung von Chinin der Krankheitsverlauf abgekürzt wird, ist jedoch fest überzeugt, dass es neben den Bädern den Verlauf der

Krankheit günstig beeinflusst. 1·0 g Chinin hat beim Abdominaltyphus einen unvergleichlich stärkeren antipyretischen Effect als beim Flecktyphus, bei Febris recurrens und bei der Pneumonie. Die Behandlung bestand aus durchschnittlich zwei Bädern von 26° R. täglich und in der Verabreichung von 1·0 g Chinin jeden zweiten Tag Abends von 6—8 Uhr, wenn die um 5—6 Uhr in der Achselhöhle gemessene Temperatur 39° oder darüber betrug. Ausserdem Compressen um den Unterleib. Alle Patienten mit Influenza, frischem Katarrh der oberen Luftwege, croupöser Pneumonie werden von den Typhösen fern gehalten, worin Kernig eine Hauptursache für das gute Sterblichkeitsprocent beim Typhus in seinem Spitale sieht (7·6%). Es wird aber nicht bloss die Temperatur durch das Chinin günstig beeinflusst, sondern auch der Puls, die Herzthätigkeit. Der Puls wird nach 1·0 Dosen grösser, langsamer. Verf. sagt, er kenne kein Mittel, welches beim Abdominaltyphus und auch bei der Pneumonie, bei welch letzterer aber noch Digitalis in Betracht kommt, den Puls anhaltend so günstig beeinflusst, als Chinin in obiger Dosis. Eine Contraindication für Chinin bildete Erbrechen, das sich manchmal verhüten lässt, wenn nach jeder Einzeldosis à 0·5 Eisstückchen geschluckt werden. Weitere Gegenanzeigen sind: Chininexantheme, Blutungen, Perforation, peritonitische Erscheinungen, Schwangerschaft, schwerer Durchfall. — (Festschrift Leyden, Verlag Hirschwald, Berlin; Berl. klin. Wochenschr.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Hypnopyrin. Mit diesem Namen bezeichnet Bolognesi (Société de thérapeutique) ein Chlorderivat des Chinins, welches analgetische, hypnotische und antipyretische Wirkung besitzt. Das Präparat bildet lange, feine, perlmutterweisse Nadeln von bitterem Geschmacke und leichtem Chlorgeruch, die in kaltem Wasser weniger, in heissem sehr leicht löslich sind. Gegenüber den ähnlichen Mitteln der aromatischen Reihe besitzt das Hypnopyrin mehrere Vorzüge: es erzeugt keine profusen Schweisse wie das Antipyrin, Phenacetin, Pyramidon u. s. w., ebenso auch keinen Collaps, ist unschädlich für den Magen und besitzt, ähnlich dem Chinin, eine tonisirende Wirkung. Mehrere Dyspeptiker konnten es in Dosen von 3—4 g täglich ohne jede Störung seitens der Verdauungsorgane nehmen. In Dosen von über 2 g verursacht das Hypnopyrin bei Er-

wachsenen ähnlich dem Chinin Ohrensausen, welches nach einiger Zeit wieder verschwindet. Hautausschläge, wie nach Antipyrin, wurden nach Hypnopyrin nie beobachtet. Auffällig ist die schmerzstillende Wirkung des Mittels. Schon einige Minuten nach Einnahme von 0·50 g verschwinden nicht zu heftige Schmerzen gänzlich, ebenso Migräneanfälle, und die Wirkung hält mindestens fünf Stunden an. Bei Schlaflosigkeit infolge von Schmerzen tritt bald ruhiger Schlaf ein. Seine Fieberwirkung hingegen ist ziemlich gering. Es erzeugt keine plötzlichen Abfälle der Temperatur. Eine Dosis von 0·50 g bewirkt für einige Stunden eine Abnahme der Temperatur um 0·5°. Das Mittel hat sich in mehreren Fällen von Influenza, bei acuten Infectionskrankheiten, auch bei Tuberculose als mildes Fiebermittel gut bewährt. Bei Neuralgien, Herzkrankheiten, Kopfschmerzen, Migräne u. s. w. war das Hypnopyrin selbst dann von Erfolg, wenn andere Mittel versagt hatten. Auch in mehreren Fällen von acutem Gelenksrheumatismus wurde das Mittel zusammen mit Salicyl verabreicht, u. zw. wurden 0·25 g Hypnopyrin und 0·75 g Natr. salicyl. auf ein Pulver gegeben, von denen 2—4 täglich genommen wurden. Der Einfluss auf die Schmerzen und die Temperatur war ein auffälliger. Man gibt das Hypnopyrin wegen seiner Bitterkeit am besten in Oblaten oder in Form eines Syrups. — (Klin.-therap. Wochenschr.)

Verschreibweisen des Ferripyrins:

1. Rp. Ferripyrini 0·6
   Aq. destill. 180·0
   Syr. cort. aur. ad 200·0

M. D. S. Dreimal ein Esslöffel voll zu nehmen.

Bei Chlorose. (Cubasch.)

2. Rp. Ferripyrini 0·6
   Acid. hydrochlor. dil. gtt. V
   Pepsin. 5·0
   Aq. destill. ad 200·0

M. D. S. Nach jeder Mahlzeit ein Esslöffel voll zu nehmen.

Bei Chlorose und Dyspepsie. (Cubasch.)

3. Rp. Ferripyrini 0·6—1·4
   Tinct. op. simpl. 2·0
   Aq. destill. ad 200·0

M. D. S. Dreistündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

Bei chronischem Darmkatarrh. (Cubasch.)

4. Rp. Ferripyrini 0·6—1·0
   Tinct. Colombo comp. 10·0
   Aq. destill. ad 200·0

M. D. S. Dreistündlich ein Esslöffel voll zu nehmen.

Bei chronischem Darmkatarrh. (Cubasch.)

5. Rp. Ferripyrini 1·0
   Aq. destill. 130·0
   Syr. cort. aur. 20·0

M. D. S. Die Hälfte auf einmal zu nehmen, und wenn nöthig, die andere Hälfte nach zwei Stunden.

Bei Magenblutung. (Liebreich und Langgaard.)

Sitzungsberichte.

Congress für innere Medicin in Wiesbaden.

Goebel: **Serum-Therapie des Morbus Basedowii.**

Unabhängig von Lanz und Möbius ist Vortragender dahin gelangt, Milch und Serum von schilddrüsenlosen Hammeln und Ziegen zu verwenden. Fünf Monate nach der Thyreodektomie, der keine Kachexie folgte, wurde die Milch der Ziege entnommen. Eine Kranke trank sie sieben Monate lang, später auch Serum von dieser Ziege. Die subjectiven Beschwerden sind dadurch immer mehr zurückgetreten, als schon nach der Milch allein. Die Vergrösserung des Herzens ist geringer geworden, die Pulsfrequenz gesunken.

Blumenthal bestätigt die Erfolge dieser Therapie, die bereits früher von ihm, gemeinsam mit Burckhardt, publicirt worden ist.

Blum erinnert an seine Arbeiten auf diesem Gebiete. Es gibt eine Immunität, sowohl gegen das freie, wie gegen das gebundene Gift der Schilddrüse. Wenn das Thyreotoxalbumin nicht mehr zurückgehalten wird, so ist das der Ausdruck der Insufficienz der Schilddrüse. Der einzig rationelle Weg der Therapie ist ein Serum gegen dieses Thyreotoxalbumin. Die bisherigen Erfolge, die berichtet wurden, sind nur Folgen der Milchernährung der Kranken unter Hintansetzung der Fleischnahrung. — (Med. Blätter.)

Verein für innere Medicin in Berlin.

H. Citron: **Zur Technik der mechanischen Behandlung des Hydrops.**

C. hat einen Fall von schweren universellen Oedemen bei Morbus Brightii, bei dem eine Herzlähmung einzutreten drohte und der allen üblichen internen und sonstigen Heilmitteln trotzte, durch Kreuzschnitte behandelt; dieselben wurden auf die Unterschenkel applicirt, auf sie ein schröpfkopfartiges Hütchen aus Glas gesetzt und dieses durch ein Ansatzrohr mit Aspirationsapparat nach Art des Fürbringer'schen in Verbindung gesetzt. Es wurden auf diese Weise, welche jede Durchnässung der Kranken ausschloss, in acht Monaten 50 l Flüssigkeit entleert. Die Kranke hat sich so gut erholt, dass sie jetzt radelt.

Fürbringer hatte die Kranke bereits verloren gegeben; eigene Erfahrungen mit dem Apparat hat er nicht.

Fuchs hat in einem ähnlichen Falle je sechs Incisionen an jedem Unterschenkel angelegt und den Kranken die Füsse in ein Gefäss setzen lassen; als genügend abgeflossen war, wurde eine einfache Watteeinwicklung applicirt. Der Erfolg war vorzüglich. — (Therap. Monatsh.)

Berliner medicinische Gesellschaft.

Görges: **Ueber neuere Arzneimittel, Aspirin und Digitalisdialysat.**

Das Aspirin ist ein Ester der Salicylsäure. Es hat vor dem salicylsauren Natron den Vorzug, frei von Nebenwirkungen zu sein; sehr selten hat Görges Erbrechen eintreten sehen. Es eignet sich für alle rheumatischen Erkrankungen; ein acuter Gichtanfall wurde durch vier Dosen beseitigt, sehr schnell auch eine seröse Pleuritis. Die Dosis besteht bei Kindern bis zu vier Jahren in

drei bis vier Gaben à 0·5 täglich, bei älteren à 1·0; ebenso wirksam wie bei Gelenksrheumatismus und Endocarditis rheumatica erwies sich das Mittel bei Chorea minor; doch ist nach fünftägigem Gebrauche immer eine eintägige Pause zu machen, um Verschlimmerungen zu verhüten. — Das Digitalisdialysat von Gollaz & Co. gab Görges bei kleinen Kindern dreimal täglich zu 2—3—6 Tropfen, bei grösseren zu 5—10 Tropfen. Der Puls wurde kräftig und regelmässig, das Allgemeinbefinden besser. Nach acht Tagen wurde es ausgesetzt. Indicationen sind Störungen der Herzthätigkeit, Klappenfehler und Herzschwäche.

Ewald bestätigt die guten Eigenschaften des Aspirins.

Senator: Das Digitalisdialysat wirkt besser als viele andere Digitalispräparate; sonst sind immerhin Infus und Pulver am wirksamsten. — (Therap. Monatsh.)

Bücher-Anzeigen.

Compendium der Arzneiverordnung. Von Dr. Oskar Liebreich und Dr. Alexander Langgaard. Nach der Pharmacopoea Germanica ed. IV und den neuesten fremden Pharmakopöen. Fünfte, vollständig umgearbeitete Auflage. Berlin. Fischer's medicinische Buchhandlung. W. Kornfeld, 1902.

Das Compendium gibt die Arzneimittel in alphabetischer Ordnung, es enthält auch alle nicht officinellen Mittel, welche in den letzten Jahren in Anwendung gezogen worden sind. In compendiöser Kürze sind die Darstellung, Zusammensetzung und Eigenschaften einer Substanz angegeben, dann folgt die Besprechung der Wirkung, Anwendung, Dosirung derselben, die Angabe der officinellen Präparate und zum Schlusse eine reiche Auswahl von Recepten. Durch ein ausführliches Sach- und Krankheitsregister wird das Aufsuchen der Heilmittel noch erleichtert. Das Compendium kann dem praktischen Arzte bestens empfohlen werden. Druck und Ausstattung sind sehr hübsch.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen. Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben von Prof. P. v. Baumgarten und Prof. F. Tangl. 16. Jahrgang. 1900. Verlag von J. Hirzel. Leipzig 1902.

Mit diesem Bande wird der Bericht über die Arbeiten aus dem Jahre 1900 abgeschlossen. Der Band umfasst 812 Seiten. Dieser mustergiltige Jahresbericht braucht wohl keine besondere Empfehlung mehr; er verfügt als Referenten über die besten Vertreter der betreffenden Disciplinen — von deutschen Autoren seien nur erwähnt: Abel, Askanazy, Eppinger, Fraenkel, Jadassohn, Johne, Löwit, Rabinowitsch, Weichselbaum, Ziemke — die ihre schwierige Aufgabe mit grosser Sorgfalt und Gründlichkeit erfüllen. Der Jahresbericht ist unentbehrlich für Jeden, der sich mit dem Studium der pathogenen Mikroorganismen beschäftigt. Am Schlusse des Bandes befindet sich ein Autoren- und Sachregister. Druck und Ausstattung sind vorzüglich.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.



Zur Therapie der Angst.

Von Dr. Siegmund Kornfeld.

So wie der Schmerz gehört auch die Angst zu jenen Einzelsymptomen, welche in erster Linie eine besondere Beachtung und eine directe Behandlung seitens des Arztes erfordern und deren Beseitigung wegen der für den Kranken damit verbundenen Qualen und der Beunruhigung der Umgebung zu den dringendsten Anforderungen an den Arzt gehört.

Soll aber das Eingreifen des Arztes Angstzuständen gegenüber ein erfolgreiches sein, so ist ein klarer Einblick in das Wesen der Angst, wie wir ihn auf Grund unserer gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisse gewinnen können, erforderlich. Nur auf Grund einer solchen Einsicht ist eine wahrhaft rationelle Therapie möglich, die zugleich durchaus ökonomisch verfährt, indem sie mit dem geringsten Aufwand von Eingriffen in die Lebensthätigkeit des Organismus ihre grösstmöglichen Erfolge erzielt.

Es sei mir zunächst gestattet, an der Hand einer von mir im Laufe dieses Jahres veröffentlichten Arbeit („Zur Pathologie der Angst“, Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. 22) das Wesen der Angst in möglichster Kürze darzulegen.

Die Symptome der Angst sind, wie sich dies der oberflächlichsten Beobachtung bereits aufdrängt, theils psychischer, theils somatischer Natur. Halten wir uns vorerst nur an die constant zu beobachtenden somatischen Erscheinungen der Angst, so betreffen diese die Athmung, die Herzthätigkeit, das Verhalten der Blutgefässe, die quergestreifte und die glatte Musculatur und die Drüsenthätigkeit. Die natürlichste Gruppirung dieser Symptome ist die in solche, welche auf vermehrte Innervation hindeuten und in solche, welche als Ausdruck verminderter Innervation aufzufassen sind. In der ersten Gruppe steht das Verhalten des Herzens und der Blutgefässe obenan. Der in allen Fällen von Angst beträchtlich erhöhte Blutdruck, dessen Steigerung gegenüber der Norm mit der Intensität des Angstgefühls wächst und oft um 50 bis 100% den bei Gemüthsruhe herrschenden Druck übertrifft, weist darauf hin, dass ausgedehnte Gebiete kleiner Gefässe sich im Zustande krampfhafter Contraction befinden, wodurch der Widerstand für den Ab-

fluss des Blutes innerhalb der arteriellen Strombahn in erheblichem Masse vermehrt und dem linken Ventrikel des Herzens eine erhebliche Mehrleistung aufgebürdet wird. Dieser krampfhafte Contractionszustand in den kleinsten arteriellen Gefässen, den Präcapillaren, lässt sich direct nachweisen, indem gleichzeitig mit der an einer Arterie, z. B. einer Radialis, vorgenommenen Druckmessung auch mittels des Capillaromanometers von Basch der in den Capillaren eines Hautbezirkes herrschende Druck gemessen wird. Solche zu gleicher Zeit mit dem Sphygmomanometer und mit dem Capillaromanometer von Basch ausgeführte Messungen ergaben in allen Fällen, dass im Zustande der Angst der Druck in den Arterien erhöht, in den Capillaren erniedrigt ist. Diese Druckverminderung innerhalb der Capillaren deutet auf eine verminderte Füllung der letzteren, die, wie der erhöhte arterielle Blutdruck beweist, durch eine Behinderung des Abströmens aus den Arterien, also durch eine Verengerung der Präcapillaren bedingt ist.

So beträchtliche Drucksteigerungen innerhalb der gesammten arteriellen Strombahn können, wie durch die Arbeiten C. Ludwig's und seiner Schüler bewiesen wird, nur durch Contraction der kleinsten Gefässe innerhalb eines so weiten Gefässbezirkes, wie ihn die Baucheingeweide darstellen, zustande kommen. An Contractionszustände innerhalb dieses Gefässbezirkes müssen wir daher immer denken, wenn wir eine Steigerung des arteriellen Blutdruckes von höherem Grade vor uns haben. Neben ausgebreiteter Gefässcontraction, die sich, sofern sie die Haut betrifft, in Blässe kundgibt, kommt aber auch Erweiterung der Gefässe in einzelnen Regionen vor. In allen derartigen Fällen, die ich seit Jahren untersucht habe, fand sich bei bestehender regionärer Hyperämie der arterielle Blutdruck allenthalben erhöht, ein Beweis dessen, dass neben der regionären Gefässerweiterung die Gefässcontraction für das Gesammtresultat weitaus überwiegend war. Sehr oft konnte ich beobachten, dass auch in den hyperämischen Bezirken vor Ausbildung der Gefässerweiterung Gefässkrampf bestand. So habe ich bei einer Frau mit postklimakterischer Neurose, die über Angstgefühle mit anfänglicher Kälte und darauffolgender Hitze in den oberen Extremitäten klagte, mich auf das Bestimmteste davon überzeugen können, dass zunächst geringere, dann stärkere Füllung der Capillarien bei andauernd gesteigertem Radialisdruck bestand. Die regionäre Hyperämie ist also in vielen Fällen zweifellos nur der Ausdruck für die zeitliche Erschöpfung einzelner Gefässbezirke im Verlaufe einer allgemeinen

Gefässverkrampfung, und die in einzelnen Fällen von Angst vorkommenden regionären Gefässerweiterungen bilden nur eine scheinbare Ausnahme von der allgemeinen Regel des Gefässkrampfes.

Gleichwie dieser allgemeine Gefässkrampf eine Erscheinung vermehrter Innervation darstellt, so sind auch die seitens des Herzens zu beobachtenden Erscheinungen als Aeusserungen stärkerer nervöser Erregung anzusehen. Das sehr häufig vorkommende Herzklopfen ist ohneweiters als eine in diese Kategorie gehörige Erscheinung klar. Aber auch die im Angstzustande regelmässig zu beobachtenden Aenderungen der Form der Herzcontractionen, welche sich dem tastenden Finger als Kleinheit des Pulses kundgeben und sphygmographisch als Verkürzung des aufsteigenden Schenkels der Pulswelle sichtbar werden, lassen sich auch nur durch einen Verkrampfungszustand des linken Ventrikels erklären. Dieser Aenderung der Pulsform entspricht nämlich eine Empfindung von Verkrampfung in der Herzgegend, welche mitunter als deutliche Empfindung der Verkleinerung des Herzens angegeben wird und unabhängig von der Systole des Ventrikels während aller Phasen der Herzthätigkeit fortbesteht. Dieses Verkrampfungsgefühl kann nur der infolge mangelnder diastolischer Erschlaffung bedingten Abnahme der diastolischen Ausweitungsfähigkeit des Ventrikels entsprechen. Diese Abnahme der diastolischen Ausweitungsfähigkeit hat eine verminderte Füllung des Ventrikels während der Diastole und damit auch eine Verringerung der während der Systole ausgeworfenen Blutmenge zur Folge. Die Verminderung des mit jeder Systole in das Arteriensystem einströmenden Blutquantums bedingt ein Kleinerwerden des Unterschiedes in der Füllung des Arteriensystems im Zeitpunkte des Beginnes und in dem des Schlusses der Ventrikelsystole. Das Kleinerwerden dieses Unterschiedes kommt aber in der Kleinheit des Pulses und sphygmographisch in der Verkürzung des aufsteigenden Schenkels der Pulscurve zum Ausdrucke. So haben wir also auch die Erscheinungen seitens des Herzens als Reizerscheinungen aufzufassen.

In engstem Zusammenhange mit diesen Erscheinungen stehen die Veränderungen der Athmung. Diese gehören zu den augenfälligsten Symptomen der Angst. Subjectiv ist die Klage über Athemnoth in allen stärkeren Angstzuständen eine der constantesten, ebenso sind auch objectiv die stärkere Frequenz und Erschwerung der Athemzüge, kurz, die Erscheinungen der Dispnöe, regelmässige Theilerscheinungen des Angstaffectes. Im Sinne der

Lehre von Prof. v. Basch über Lungenschwellung und Lungenstarrheit lassen sich die im Angstaffecte vorhandenen Störungen der Athmung ungezwungen mit den Aenderungen der Herzthätigkeit in Zusammenhang bringen. Wenn nämlich der Abfluss des Blutes aus den Lungenvenen erschwert ist, tritt Stauung in den Alveolarcapillaren auf, welche nach Prof. v. Basch Zunahme des Volumens und der Rigidität der Alveolen und somit der ganzen Lunge und damit zugleich alle Erscheinungen der Dyspnöe zur Folge hat. Nun wird durch die Verkrampfung des linken Ventrikels, auf welche im Vorhergehenden die Empfindung des Druckes in der Herzgegend und der Verkleinerung des Herzens, sowie die Kleinheit des Pulses zurückgeführt wurde, der Abfluss aus dem linken Vorhofe behindert. Die Stauung pflanzt sich vom linken Vorhofe auf die Lungenvenen und von da auf die Capillaren fort. Damit sind die Bedingungen für die Entstehung von Lungenschwellung und Lungenstarrheit und damit auch von Dyspnöe gegeben. Und selbst wenn diese mechanischen Bedingungen für die Entstehung der Dyspnöe nicht die einzigen sind, sondern auch andere Bedingungen nervöser Natur mitwirken, so lässt sich doch aus der durch die Erfahrung jederzeit erweisbaren Thatsache, dass mit Erniedrigung des Blutdruckes die Dyspnöe geringer wird, während sie mit Erhöhung desselben zunimmt, mit Sicherheit der innige Zusammenhang der Dyspnöe mit den im Gebiete der Gefässe und des Herzens herrschenden Reizzuständen folgern. Daraus darf man weiterhin die Berechtigung ableiten, die Störungen der Athmung im Angstaffect zu den Symptomen vermehrter Innervation zu zählen. Solche ohneweiters klare Symptome vermehrter Innervation, welche glatte Muskelfasern betrifft, sind die Erweiterung der Pupillen und die „Gänsehaut“, welch letztere neben Kältegefühl in schwereren Angstzuständen sehr häufig angegeben wird. Diesen Symptomen gegenüber stehen solche verminderter Innervation. Am auffälligsten sind jene, welche die quergestreifte Stammesmusculatur betreffen. Die schlaffe Haltung, das Schlottern der Beine u. dgl. sind ja allgemein bekannte Erscheinungen der Angst. Mit Hilfe des Dynamometers lässt sich nachweisen, dass die Abnahme der Muskelkraft im Angstaffecte alle der Willkür unterworfenen Muskeln betrifft und dass diese Abnahme ziffermässig eine sehr beträchtliche ist. Auch auf dem Gebiete der Drüsenthätigkeit ist eine Erscheinung verminderter Innervation in vielen Fällen von Angst deutlich ausgesprochen. Es ist das die Trocken-

heit in der Mund- und Rachenhöhle, über welche viele Kranke spontan klagen und mit welcher meist Verdauungsbeschwerden anderer Art und Obstipation verbunden sind.

Auf dem Gebiete der Drüsenthätigkeit begegnen uns aber im Angstaffecte auch noch andere Erscheinungen, welche gerade im entgegengesetzten Sinne als Folgen vermehrter Innervation aufgefasst werden müssen. Die bekannteste Erscheinung dieser Art ist der Angstschweiss, welcher entweder local beschränkt oder an der ganzen Körperoberfläche auftritt. Doch auch die bei vielen Menschen unter dem Einflusse der Angst auftretende Diarrhöe gehört hieher, wenn auch bei dieser neben vermehrter Drüsenthätigkeit gesteigerte Peristaltik zugrunde liegen mag. In gleicher Weise ist der bei vielen Personen unter dem Einflusse der Angst auftretende gesteigerte Harndrang neben vermehrter Nierenthätigkeit auch auf Reizung des Detrusor zurückzuführen. Wo es sich auch noch um Secessus involuntarii handelt, mögen zu diesen beiden Factoren auch noch als dritter Schwäche der dem Willen unterworfenen Schliessmuskeln kommen.

Ein Verständniss dieser auffallenden Thatsache, dass wir unter den Symptomen eines und desselben Gemüthsaffectes sowohl Erscheinungen verminderter, als auch solche vermehrter Drüsenthätigkeit antreffen, wird uns erst vermittelt, wenn wir den Einfluss der Drüsenthätigkeit auf den Blutdruck mit in Betracht ziehen. Da zeigt sich nun, dass mit jeder stärkeren Drüsensecretion eine deutliche Verminderung des Blutdruckes einhergeht, und in einer langen Reihe von Beobachtungen ergab sich als gleichmässiges Resultat, dass mit Erniedrigung des Blutdruckes immer eine Beruhigung und Entlastung des Gemüthes verbunden war.

Die Symptome, mit welchen eine Verminderung des Affectes verknüpft ist, können nun sicherlich nicht jenen gleichgestellt werden, die in ihrer Intensität mit der Höhe des Affectes parallel gehen. Es ergibt sich ohneweiters ein Gegensatz zwischen den Symptomen, deren Intensität im geraden Verhältnisse zu der Schwere des Affectes steht, und jenen, deren Intensität im umgekehrten Verhältnisse zu dieser sich zeigt. Die Symptome der ersten Art stellen direct die Schädigung dar, die der Gemüthsaffect für den Organismus bedeutet; jene der zweiten Art hingegen können nur in dem Sinne aufgefasst werden, dass sie Vorgänge bilden, mittels deren der Organismus die Schädigungen ausgleicht, die das Anwachsen des Affectes herbeiführt.

Auf Grund dieser Gruppirung der Symptome nun ist es möglich, den Symptomencomplex der Angst einheitlich zu deuten. Die Erscheinungen vermehrter Innervation zeigen sich in innigster Wechselbeziehung zu denen verminderter Innervation. Es ergibt sich aus der näheren Analyse, dass der Ueberschuss auf der einen Seite und der Mangel auf der anderen einander wechselseitig bedingen. Die Leistung von Muskelarbeit und von Drüsenarbeit stellt nämlich einen den Blutdruck erniedrigenden Factor dar, insofern nach Vollendung der Muskelarbeit und nach Auftreten des Productes der Drüsensecretion gleichmässig eine Blutdrucksenkung zu constatiren ist. Ja es zeigt sich, dass der pathologisch erhöhte Blutdruck durch Muskel- und Drüsenarbeit auf die normale Höhe zurückgeführt werden kann. Daraus folgt, dass mit Verminderung der Muskel- und Drüsenarbeit den Blutdruck herabsetzende Momente entfallen und dieser immer mehr ansteigen kann. Andererseits lehrt auch die Erfahrung, dass jede willkürliche Muskelleistung zunächst eine Blutdruckerhöhung zur Folge hat, welche dem Grade der Anstrengung entspricht; erst mit Vollendung der Arbeit tritt an Stelle dieser Erhöhung eine Erniedrigung. Je höher nun der Ausgangspunkt ist, umso grösser zeigt sich der zu einer bestimmten Muskelleistung erforderliche Grad der subjectiven Anstrengung, der eben in der Blutdruckerhöhung zum Ausdrucke kommt. So erklärt es sich, dass in dem Masse, als der Blutdruck bereits erhöht ist, die Muskelleistung erschwert ist und damit auch die Unlust zur Muskelarbeit wächst. Dasselbe, was von der Muskelarbeit, gilt auch für die geistige Arbeit, die während der Ausführung den Blutdruck erhöht, nach der Vollendung aber denselben erniedrigt, und die erfahrungsgemäss umso schwerer von statten geht, je höher der Blutdruck bereits ist.

Zieht man alle diese Erfahrungsthatsachen mit in Betracht, so darf man das Wesen des Angstaffectes darin erblicken, dass demselben eine Einseitigkeit in der nervösen Erregung peripherer Organe und Gewebe zugrunde liegt. Während nämlich im Zustande vollen Wohlbefindens sich die Erregung, welche von den nervösen Centralorganen auf die Organe und Gewebe der Peripherie übertragen wird, sich in einem bestimmten Verhältnisse auf die verschiedenen Kategorien der letzteren vertheilt, erfolgt im Affect eine Aenderung dieses Verhältnisses. Organe und Gewebe, welche zur Zeit des Wohlbefindens regelmässige nervöse Impulse erhalten, erfahren nun eine Verminderung derselben und damit eine Ab-

nahme ihrer Thätigkeit. Andererseits werden die Muskelfasern des Herzens und der Gefässe übermässig gereizt, woraus sich die oben geschilderten Störungen des Kreislaufes und der Athmung erklären. So ergibt sich aus der Einseitigkeit des Abfliessens der nervösen Erregungen einerseits der Ausfall in den Leistungen bestimmter Organe und andererseits die schwere Schädigung des Organismus durch Behinderung des Kreislaufes und der Athmung. Analog der Verminderung bestimmter organischer Leistungen ist auch der Ausfall auf dem Gebiete der intellectuellen Thätigkeit. Im Angstaffecte erfährt das Denken geradezu eine Stockung, das Fortspinnen der Gedanken, die Production neuer Ideen, die Lösung von Aufgaben erfährt einen Stillstand. Vorherrschend ist nur das mächtige Unlustgefühl, welches der schweren Schädigung des Organismus, dem erschwerten Vonstattengehen aller Lebensvorgänge mit Einschluss der psychischen Leistungen entspricht. Diese Schädigung des Organismus kommt in der Blutdruckerhöhung, welche den auf Kosten anderer Functionen angehäuften Ueberschuss darstellt, zum Ausdruck und andererseits bildet diese Blutdruckerhöhung den Massstab für die Gemüthsstimmung. Denn die Erfahrung lehrt, dass mit der Erhöhung des Blutdruckes jeweils eine Verschlechterung der Stimmung, mit Erniedrigung desselben eine Besserung derselben einhergeht, wie auch umgekehrt jede Besserung der Stimmung eine Erniedrigung und jede Verschlechterung derselben eine Erhöhung des Blutdruckes zur Folge hat. Auf Grund dieser Erfahrungen dürfen wir die Höhe des Blutdruckes als Massstab für die Höhe des Affectes ansehen. Alle Vorgänge nun, welche mit Blutdruckerniedrigung einhergehen, dürfen wir demnach, auch wenn sie im Gefolge der Angst auftreten, nicht als eigentliche Symptome der Angst, die den anderen angeführten Symptomen gleichwerthig wären, auffassen. Solche Symptome, wie der Angstschweiss, die vermehrte Harn- und Stuhlentleerung, welche bei einer gewissen Höhe des Affectes auftreten, und, wie ihr Einfluss auf den Blutdruck lehrt, entlastend wirken, sind jenen oft gewaltsamen, geradezu zwangsmässig ablaufenden Handlungen gleichzusetzen, mittels deren der vom Affect Befallene instinctiv sich Erleichterung verschafft. Solche, Entlastung herbeiführende Vorgänge sind als Abflusswege der inneren Erregung anzusehen, die bei einer gewissen Höhe des Affectes neu eröffnet werden und durch welche die dem Affecte zugrunde liegende einseitige Wirkung der Erregung des Centralnervensystems zum Theile ausgeglichen wird.

Diese Auffassung vom Wesen des Affectes, speciell des Angstaffectes, erhält ihre wesentliche Stütze durch die Erfolge der Therapie, welche gewissermassen die Probe auf das Rechenexempel darstellen. Diese Therapie, die sich mir in einem Zeitraume von mehr als fünf Jahren bewährt hat, hat ihre Grundlinien in der eben vorgetragenen Auffassung des Angstaffectes vorgezeichnet; sie hat die Aufgabe, die vorliegende Einseitigkeit im Abflusse der centralen Erregung möglichst auszugleichen und die spontan auftretenden Entlastungsvorgänge nach Thunlichkeit zu befördern.

Ehe wir die einzelnen, aus dem aufgestellten Grundsatze fliessenden Folgerungen entwickeln, ist es von Vortheil, sich mit dem principiellen Gesichtspunkte vertraut zu machen, der für die richtige Würdigung und Behandlung aller psychischen Störungen unerlässlich ist, nämlich, dass körperliche und geistige Symptome eine unzertrennliche Einheit bilden. Die scheinbare Selbständigkeit ergibt sich nur vom Standpunkte unserer beschränkten Einsicht dadurch, dass dieselbe Sache von zwei verschiedenen Seiten betrachtet wird. Körperliche und seelische Symptome sind ebensowenig von einander zu isoliren, wie — im Sinne der schon von Aristoteles aufgestellten Lehre — Stoff und Form eines Dinges oder auch wie die äussere und die innere Seite eines Kreisbogens. Jede Aenderung des somatischen Verhaltens schliesst nothwendigerweise auch eine Aenderung des seelischen Zustandes ein und umgekehrt. Für die Behandlung psychischer Zustände folgt daraus, dass wir durch Veränderungen der körperlichen Functionen auch directe Aenderungen des seelischen Befindens herbeizuführen im Stande sind. Wir haben überdies, wenn wir psychischen Zuständen sozusagen von Seite ihrer somatischen Erscheinungen aus beizukommen suchen, oft weit bequemere und mit grösserer Sicherheit zu handhabende Angriffspunkte, als wenn wir dieselben durch psychische Einwirkungen zu beeinflussen suchen. Wir werden uns zunächst darauf beschränken, in der Behandlung des Angstaffectes die körperliche Seite zum Angriffspunkte unserer therapeutischen Bestrebungen zu machen. Dabei haben wir es, wie sich aus dem bisher Gesagten eigentlich von selbst ergibt, vorläufig nur mit der symptomatischen Behandlung zu thun. Im weiteren Verlaufe wird sich zeigen, dass eine Scheidung der Einwirkung auf die körperliche Seite von der auf die psychische ebensowenig streng durchführbar ist, wie die der symptomatischen Behandlung von der causalen.

Wenn nach den vorhergehenden Ausführungen der erhöhte Blutdruck das Mass für die Störung im Ablauf der Lebensvorgänge durch den Affect darstellt, so wird die Erniedrigung des Blutdruckes das nächste Ziel unserer therapeutischen Eingriffe bilden müssen und zugleich der Massstab für deren Erfolg sein. Allerdings werden wir uns in jedem besonderen Falle Rechenschaft über die einzelnen Factoren geben müssen, die der Blutdrucksteigerung zugrunde liegen. Insbesondere werden wir über die Form der Einseitigkeit im Abflusse der centralen Erregung uns klar werden müssen, um den zur Herstellung des Gleichgewichtes nothwendigen Ausgleich herbeiführen zu können.

Fragen wir uns zunächst, welche Mittel uns zu Gebote stehen, um den Blutdruck zu erniedrigen, so haben wir eine stattliche Reihe von physikalischen Mitteln, die wir therapeutisch verwerthen können. Wenn die der Blutdruckerhöhung zugrunde liegende Contraction der kleinsten arteriellen Gefässe auch in der Haut zutage tritt und Blässe und Kältegefühl verursacht, so wird der therapeutische Erfolg bestimmter äusserer Einwirkungen, welche die Gefässcontraction beseitigen, deutlich sichtbar. Solche Einwirkungen stellen die Wärme und mechanische Proceduren, wie z. B. Reiben dar. Da es sich aber bei erheblicheren Blutdrucksteigerungen stets um Verengerung der Gefässe innerhalb des Splanchnicusgebietes handelt, so werden nur jene Einwirkungen eine ausgiebige Blutdruckerniedrigung herbeiführen können, welche auch innerhalb dieses Gebietes eine Gefässerweiterung bewirken. Solche Einflüsse wirken oft reflectorisch von der Körperoberfläche, z. B. thermische Reize oder auch Erschütterungen, die den grösseren Theil der Körperoberfläche treffen. Im warmen Bade beispielsweise bei einer Temperatur von 27—28° R. sinkt der Blutdruck deutlich. Noch weit stärker ist nach meiner Erfahrung die Blutdruckerniedrigung in der feuchtwarmen Einpackung. Ich habe in zahlreichen Fällen, in denen die Einpackung in der Modification von Buxbaum mit Freibleiben der oberen Extremitäten vorgenommen wurde, den Blutdruck während der Procedur gemessen und gefunden, dass mit zunehmender Erwärmung eine deutliche Blutdruckerniedrigung zu constatiren war, die je nach der Höhe des Ausgangsdruckes verschieden war und meist 20—30%, mitunter aber, bei pathologisch erhöhtem Ausgangsdrucke, auch mehr betrug. Ich konnte mich wiederholt überzeugen, dass die Blutdruckerniedrigung auch noch vier bis fünf Stunden nach Beendigung der Procedur anhielt. Aber

auch locale Wärmeapplication genügt, um eine deutliche Blutdruckerniedrigung zu erzielen. So habe ich durch warme Umschläge auf das Abdomen oder auch nur in die Magengegend, sei es in Form trockener, heisser Tücher oder Dampfcompressen, oder auch durch den Thermophor und durch Priessnitz'sche Umschläge, stets ausgiebige Blutdrucksenkungen herbeiführen können. Sogar mit Hilfe niedrigerer Temperaturen gelingt es nach anfänglicher Blutdrucksteigerung, eine Blutdruckerniedrigung zu erzielen. So habe ich oft constatiren können, dass das Halbbad etwa in der Temperatur von 24—22° abwärts anfänglich den Blutdruck erhöht, dann aber, insbesondere wenn genügende mechanische Reize und Eigenbewegungen unterstützend mitwirken, mit Einstellung des Wärmegefühles eine entschiedene Blutdruckerniedrigung, die auch mehrere Stunden anhalten kann, herbeiführt. Doch gibt es auch Fälle, in denen das Halbbad nur drucksteigernd wirkt und die nachträgliche Blutdruckerniedrigung ausbleibt. So habe ich durch mehrere Monate einen Kranken mit Angstgefühlen beobachtet, der anfangs Halbbäder gebrauchte; er fühlte nicht nur keine Besserung, sondern behauptete mit Bestimmtheit, dass er nach den Halbbädern reizbarer sei und seine Angstgefühle in verstärktem Masse auftreten. Ich habe durch wiederholte Messungen vor und nach dem Halbbade constatiren können, dass der Blutdruck von 100 bis 105 mm Hg auf etwa 120 angestiegen war, und habe auch einigemale nach Verlauf von 2—3 Stunden denselben noch immer erhöht gefunden. Ich vertröstete anfangs den Patienten, dass der Erfolg doch nicht ausbleiben werde, musste aber nach vier Wochen, da der Kranke bei der Behauptung beharrte, dass die Halbbäder seinen Zustand verschlimmern, zu warmen Vollbädern übergehen, die ich in der Temperatur von anfangs 27°, später 26° R. und in der Dauer von höchstens 10 Minuten mit nachfolgendem kurzem kaltem Regen verordnete. Nun konnte ich jeweils einen Druckabfall von etwa 100 auf 90 und selbst 85 mm Hg constatiren und auch der Kranke fühlte sich subjectiv wohler.

Ganz analog dieser anfangs erhöhenden, später erniedrigenden Wirkung hydriatischer Proceduren mit Verwendung niedriger Temperaturen ist die Wirkung von Hautreizen mit dem faradischen Strom. Ich habe im Laufe der letzten drei Jahre mehrere hundert Einzelbeobachtungen gesammelt, welche den Einfluss der Verwendung des faradischen Stromes in den verschiedenen, in der Elektrotherapie üblichen Formen auf den Blutdruck betreffen. Ich fand

sowohl nach faradischer Massage mit der Massirrolle, als auch nach faradischer Reizung der verschiedensten Muskelgruppen, nach Faradisation der Haut mit dem Pinsel oder Doppelpinsel, nach Auflegen der „faradischen Hand“, in allen Fällen, mit alleiniger Ausnahme eines Falles von traumatischer Neurose, stets eine deutliche Blutdrucksenkung, deren Betrag sowohl mit der Höhe des anfänglichen Blutdruckes, sowie mit der unter dem Einflusse des sensibien Hautreizes stattgehabten anfänglichen Erhöhung parallel ging. Der Erfolg war ganz unabhängig davon, ob die Bedingungen der vorhandenen Blutdrucksteigerung in Gemüthszuständen oder in rein somatischen Verhältnissen zu suchen waren. Ich habe auf Grund dieser Erfahrungen den faradischen Strom als ein sehr bequemes Mittel zur raschen Herabsetzung des Blutdruckes seither sehr häufig angewendet. Die Wirkung dauert mindestens 1—2 Stunden an, häufig jedoch viel länger.

Ebenfalls im Sinne einer anfänglichen Steigerung mit einer späteren Erniedrigung wirken geistige und körperliche Arbeit. Die Erfahrung, dass nicht nur mit Beginn und während der Ausführung einer jeden Arbeit der Blutdruck ansteigt, um nach Vollendung derselben wieder abzusinken, sondern auch, dass der pathologisch gesteigerte Druck auf diese Weise zur normalen Höhe zurückgeführt werden kann, legt den Gedanken nahe, die Arbeit in systematischer Weise zur Ausgleichung krankhafter Zustände, die sich in pathologischer Blutdrucksteigerung kundgeben, zu verwenden. Die Heranziehung der Arbeit zu therapeutischen Zwecken ist jedoch an die Bedingung geknüpft, dass thatsächlich in dem vorliegenden individuellen Falle und nach dem jeweils individuell bestimmten und abgestuften Arbeitspensum auf die anfängliche Blutdrucksteigerung eine ausgiebige Senkung erfolgt. Wo dies nicht der Fall ist, wo vielmehr der Blutdruck erhöht bleibt, dort tritt Ermüdung und Unbehagen ein und die Arbeit steigert nur die vorhandenen Beschwerden. Es gibt Fälle, in welchen die geringste Anstrengung heftige Ermüdung, auch Muskelschmerzen zur Folge hat. In diesen Fällen ist gerade im Gegentheil Ruhe indicirt. Bei schwächlichen, sehr herabgekommenen Individuen findet man sehr häufig, dass der Blutdruck in horizontaler Lage am niedrigsten ist, hingegen bei jedem Versuche zu stehen oder zu gehen, sogleich wesentlich erhöht wird. Das sind die Fälle, in welchen die Bettruhe das vorzüglichste Mittel ist, um den Blutdruck dauernd niedrig zu halten und Erholung und Beruhigung herbeizuführen. Bei einem

19jährigen Mädchen, das nach einem heftigen Schreck an lebhaften Angstgefühlen, sowie überhaupt gesteigerter Erregbarkeit gelitten hatte, fand ich während längerer Beobachtung den Blutdruck meist zwischen 120—130 mm. Im lebhaften Angstgefühle stieg er sogar auf 150. Nachdem verschiedene therapeutische Versuche erfolglos geblieben waren, verordnete ich eine Liegecur. Der Blutdruck sank rasch ab und hielt sich schon nach einigen Tagen dauernd auf circa 80 mm. Nach 14 Tagen konnte ich sie bereits aufstehen lassen, ohne dass dadurch der Blutdruck wieder angestiegen wäre. Ich liess nun die frühere Lebensweise wieder aufnehmen, das Mädchen blieb dauernd beruhigt und widerstandsfähiger, der Ernährungszustand hob sich sehr rasch. In einem anderen Falle, der einen 40jährigen Mann betraf, welcher an Neurasthenie litt, die sich in Kopfdruck und Eingenommen des Kopfes nach der geringfügigsten Anstrengung, sowie in Angstgefühlen hypochondrischer Natur äusserte, gegen welche schon seit Jahren die verschiedensten Behandlungsweisen ohne jeden nachhaltigen Erfolg versucht worden waren, wurde erst nach einem zweimonatlichen Urlaube, welchen der Kranke lediglich dazu benützte, den ganzen Tag unthätig im Freien zu liegen, eine dauernde Behebung der Beschwerden erzielt.

Ganz im Gegensatze zu den durch die beiden Beispiele illustrirten Fällen, gibt es andere, bei denen die Ruhe absolut nicht zur Verminderung der Erregung oder Angst beiträgt. Ja, man kann häufig die schwersten Angstanfälle bei Kranken beobachten, die schon seit längerer Zeit unthätig im Bette liegen. Andererseits geben sehr viele an Angst Leidende spontan an, dass sie den Drang in sich fühlen, durch Laufen oder andere anstrengende Bewegungen die innere Erregung zu verarbeiten. Solche Erfahrungen weisen darauf hin, dass auch in der Muskelarbeit ein Mittel gegeben ist, welches zur Therapie von Erregungs- und Angstzuständen herangezogen werden kann. Der sicherste Führer, an dessen Hand wir die richtige Wahl und die angemessene Dosis von Muskelarbeit zu therapeutischen Zwecken verschreiben können, bleibt die Blutdruckmessung. Jede Arbeit, der eine ausgiebige Blutdruckerniedrigung folgt, die insbesondere ein Absinken unter den unmittelbar vor Beginn der Arbeit herrschenden Druck herbeiführt, wirkt therapeutisch günstig und kann zu Heilzwecken angewendet werden.

(Schluss folgt.)

Die Elektricität in der Dermatotherapie.

Von Dr. Ferdinand Winkler.

Man pflegt das Verdienst, die Elektrotherapie in die Dermatologie eingeführt zu haben, gewöhnlich Beard zuzuschreiben, der im Jahre 1872 über drei Fälle von chronischem Ekzem, einen Fall von Prurigo und zwei Fälle von Acne berichtete, die unter centraler Galvanisation geheilt worden seien. Doch rührt die erste Mittheilung über die Erfolge der elektrischen Behandlung in der Dermatologie von Fieber in Wien her, der im Jahre 1870 in einem hübschen Aufsatze die centrale Galvanisation bei Sklerodermie empfahl. Beard gebührt aber das Verdienst, zum ersten Male darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass unter der centralen Galvanisation das Jucken schwinde und ohne locale Behandlung sich das Ekzem bessere; so berichtet er über eine Frau mittleren Alters, die durch acht Jahre vergeblich Heilung eines Unterschenkelekzems suchte; zwei elektrische Sitzungen brachten ihr unmittelbare Erleichterung; in wenigen Tagen besserte sich das Aussehen der kranken Stellen, und in sechs Wochen war fast vollständige Heilung erzielt; nach drei Monaten war die Haut normal geworden. In allen drei Fällen wurden die kranken Hautpartien dem elektrischen Strome nicht ausgesetzt; die Kathode wurde auf das Epigastrium gebracht und die Anode labil vom Kopfe längs des Halses und über die Wirbelsäule geführt.

Zwei Jahre später machte Beard wieder Mittheilung von einem durch centrale Galvanisation geheilten Ekzem beider Unterschenkel, das bereits durch 16 Monate mit Salben behandelt worden war. Beard entfernte die Salben, untersagte jede andere Behandlung und begann mit der centralen Galvanisation, ohne an den kranken Hautpartien die Elektricität einwirken zu lassen. Sofort liess der Juckreiz nach, und der Patient, der bis dahin schlaflose Nächte verbracht hatte, fand seinen Schlaf wieder. Nach etwa 20 Sitzungen war das Ekzem geheilt.

Kinsman in Columbus im Staate Ohio machte als Erster den Versuch einer localen elektrischen Behandlung des Ekzems; er benützte eine Batterie von 16 Elementen und setzte die Anode auf die kranke Stelle; nach einem Monate, freilich bei täglicher Behandlung, war ein chronisches Ekzem des Rückens,

das 20 Jahre gedauert hatte, wesentlich gebessert. Das fast unerträgliche Jucken wurde regelmässig durch eine Galvanisation des Rückenmarks beseitigt und verschwand endlich vollständig.

In Oesterreich und in Deutschland begegneten diese Angaben einem ausgesprochenen Misstrauen, und Niemandem fiel ein, diese Behandlungsweise nachzuprüfen. In den Siebzigerjahren des vorigen Jahrhunderts finden sich nur Fitch, Bulkley und Rockwell, welche den Muth hatten, von ihren Erfahrungen über die elektrische Behandlung der Hautkrankheiten Nachricht zu geben. Es ist dies umso merkwürdiger, als die eben erwähnte Mittheilung Fieber's die Dermatologen auf die Möglichkeit, Hautveränderungen auf elektrischem Wege zu beeinflussen, hätte aufmerksam machen sollen.

Bulkley versuchte die locale Galvanisation bei einem Falle von Herpes zoster frontalis; schon nach der ersten Sitzung verminderte sich der Schmerz und die Efflorescenzen vertrockneten. Auch Rockwell erzielte bei Herpes zoster in wenigen Sitzungen Heilung, und Fitch berichtete über vier Fälle von chronischem Ekzem, die er durch locale Behandlung mit galvanischen Strömen zur Heilung brachte.

Trotzdem konnte sich die Elektrotherapie in der Dermatologie keinen festen Platz erobern, und nur widerstrebend nahmen die Autoren von Lehrbüchern von ihrer Anwendung Notiz; man war höchstens geneigt, ihre Anwendung in jenen Fällen zuzulassen, in denen man von einer Beeinflussung der vasomotorischen Nerven Nutzen erwartete. Deshalb wurden Erytheme, Sklerodermie, Urticaria, Herpes zoster, Hyperidrosis und die cutanen Angioneurosen hin und wieder elektrisch behandelt; doch konnte Erb noch im Jahre 1882 mit vollem Recht sagen, diese Dinge seien zur Zeit für den Elektrotherapeuten von recht geringem Interesse, sie könnten aber ein recht dankbares Arbeitsfeld für elektrotherapeutische Versuche abgeben. Dieser Anregung folgten nur wenige Autoren, und es scheint, als ob es der Juckreiz gewesen sei, welcher ihnen den Anlass zum Versuche mit der Elektrotherapie gegeben habe. So hat Breda bei Pruritus universalis durch centrale Galvanisation (Anode am Nacken, Kathode im Fussbade) in vier Fällen durch eine Behandlung von wenigen Wochen eine vollständige Heilung erzielt, und trotzdem er auch bei einem Falle von angioneurotischem bullösem Erythem durch centrale Galvanisation ein

günstiges Resultat erhielt, wagte er es doch nicht, andere Erkrankungen des Hautorganes in den Bereich der elektrischen Behandlung zu ziehen.

Es war schon ein Fortschritt, dass E. Kurz versuchte, bei Urticaria den Inductionsstrom local zu verwenden; eine seit vier Tagen bestehende Urticaria mit thalergrossen Efflorescenzen verschwand innerhalb einer halben Stunde, und Friedländer empfahl mit besonderer Wärme den constanten Strom zur Beseitigung der nach Insectenstichen auftretenden Urticaria; schon nach einmaliger Galvanisation sah er das Jucken und die Schwellung vermindert.

Als weiteren Fortschritt muss man es ansehen, dass man die Elektricität in der Behandlung von Perniones verwendete; Helbing, der zuerst diese Behandlung bei erfrorener Nase empfahl, erzielte ebenso gute Erfolge, wie Morris, Lesser und Brocq; M. Weiss, der sich mit dieser Behandlung besonders beschäftigt hat, berichtet ebenfalls über ganz vorzügliche Resultate.

In den letzten Jahren hat die Elektrotherapie auch unter den Dermatologen Anwerth gefunden, und Shoemaker war sogar geneigt, ihr ein überschwängliches Loblied zu singen; „Die Schmerzhaftigkeit und die Sensibilitätsstörungen bei Hautkrankheiten werden beseitigt, die Resorption befördert, die Hautparasiten getödtet, die Entwicklung entzündlicher Processe unterbrochen; bei Ekzem wird nicht bloss das Jucken verhindert, sondern bei chronischen Formen auch die Involution der verdickten Hautpartien befördert.“ Shoemaker empfiehlt deshalb die Anwendung des galvanischen Stromes als souveränes Mittel bei Psoriasis, ferner bei Urticaria, Ekzem, Acne rosacea, toxischer Dermatitis und bei Erythemen. Auch bei Erysipel hat er sich mit günstigem Erfolge der Elektricität bedient, indem er den positiven Pol in die Mitte des erysipelatösen Herdes legte und mit dem negativen Pole die Peripherie umkreiste. Zu Eiterungen führende Entzündungen nehmen unter der elektrischen Behandlung einen abortiven Verlauf, und sogar Favus will Shoemaker zur Heilung gebracht haben, indem der elektrische Strom in die Hautfollikel eindringe.

Noch weiter geht Shoemaker in der Empfehlung der elektrischen Behandlung als Cosmeticum; besonders eigne sich dafür die trübschmutzige Färbung der Haut

bei Verdauungsstörungen und namentlich bei Leberleiden, die Seborrhoea oleosa des Gesichtes mit Komedonenbildung, wie man sie oft bei Anämie finde, die Röthung der Nase als Zeichen schlaffer Herzthätigkeit, Acne, die trockene rauhe Haut der Scrophulösen, Rosacea, Callusbildungen, Narben und Warzen, ferner abnorme pigmentartige Bildungen, Epheliden, Chloasmata und Sonnenbrand, Leberflecke mit Haaren und ohne Haare, Naevi, Hyperidrosis und namentlich halbseitiges Schwitzen, Haarausfall und vorzeitiges Ergrauen der Haare. Letztere Störungen werden nach Shoemaker auch vom faradischen Strome günstig beeinflusst, ebenso die bei jungen Mädchen öfters zu beobachtende schubweise auftretende Entwicklung rother Papelchen im Gesichte, die durch nervöse Reize, Ovarialcongestion und auch kleine Diätfehler bedingt sind.

Zu dieser reichhaltigen Musterkarte kommt noch die von Golding-Bird empfohlene Behandlung von Hautgeschwüren mittels des galvanischen Stromes, sowie die Empfehlung von Weisflog, Geschwüre nach Verbrennungen mittels des Inductionsstromes zu behandeln. Golding-Bird benützt zwei Silberelektroden, von denen die eine auf das Geschwür und die andere auf eine in der Nähe etablirte Vesicatorfläche gelegt wird, und lässt den Strom von zwei Elementen stundenlang einwirken.

Die Behandlung von Geschwüren auf elektrischem Wege scheint sich überhaupt im Westen Europas einer ausgedehnten Anwendung zu erfreuen, und eine grosse Zahl von Autoren, darunter Weir-Mitchell, Leloir, Legros und Onimus, Terrier und Butlin, empfehlen namentlich bei trophischen Ulcerationen die Elektrisation, sowohl die Galvanisation wie die Faradisation, auf das Wärmste.

Eine erschöpfende Zusammenstellung aller Indicationen, welche für die elektrische Behandlung der Hautkrankheiten von Seiten einiger Elektrotherapeuten aufgestellt wurden, würde zu weit führen und zu vielfacher Kritik herausfordern. Hier sei nur angeführt, dass de Watteville mittels Galvanisation bei Acne vulgaris und bei Acne rosacea günstige Resultate erzielte und dass Beard sowohl bei Pityriasis versicolor, wie auch bei Lichen mit der Galvanisation günstige Erfolge erreicht

haben will. Eine ziemliche Reihe von Autoren, wie Graham, Blachy, Duncan, Bulkley, Armaingaud und Ohman-Dumesnil, behandeln auch die Vitiligo auf elektrischem Wege, und Silva Aranzo empfiehlt angelegentlich die Faradisation bei Elephantiasis.

Eine ganz eigenthümliche Anwendung findet die Galvanisation in dem Berichte von E. Remak über die Behandlung der Dupuytren'schen Palmarcontractur und in der Empfehlung von Lewandowsky, durch Galvanofaradisation von Narben sie zum schnellen Abblassen zu bringen. Hieher gehört auch die Mittheilung von Clemens, dass man durch methodische Faradisation luetische Sklerosen und ihre Infiltrate in 7—8 Wochen zum vollständigen Schwinden bringen könne.

Zu diesen interessanten Angaben kommen noch die günstigen Erfolge, welche mit der Elektrotherapie bei einigen Haarerkrankungen erzielt werden. So empfehlen Schütz und Seeger den constanten Strom bei Alopecia praematura, Michelson und Fox die Faradisation bei Alopecia areata. Auch Ehrmann hat von der Faradisation gute Resultate gesehen. Leistikow empfiehlt die Faradisation bei der Trichorrhexis nodosa.

Wie soll man sich nun vorerst die Wirkung der Elektrotherapie auf die Hauterkrankungen vorstellen?

Es ist zweifellos, dass die Erfolge der elektrischen Behandlung in der Dermatotherapie zum grössten Theile der Wirkung auf die Vasomotoren zuzuschreiben sind, wenn auch zugegeben werden muss, dass einzelne therapeutische Wirkungen, wie namentlich die Wirkung auf Narben und Infiltrate durch die elektrochemische Theorie weit besser erklärt werden; diese Theorie sagt bekanntlich aus, dass ein in einen Elektrolyten eingetretener Strom auf seinem ganzen Wege die Molecüle des Elektrolyten in Jonen spaltet, die sofort ihre Wanderung nach den beiden Polen hin durchmachen. Auf diese Weise entstehen an der betreffenden, vom elektrischen Strome durchflossenen Stelle elektrochemische Zerlegungen, welche für die Beseitigung gewisser Krankheitsproducte ausserordentliche Dienste leisten können. Aber für die Mehrheit der Hauterkrankungen ist die Vasomotorentheorie viel passender. Sowohl bei den Circulationsanomalien, wie auch bei den Entzündungen, ist es leicht, sich vorzustellen,

wie die Beeinflussung der Vasomotoren auf die Hauterkrankung günstig einwirkt.

Diese Betrachtung verliert sofort ihren theoretischen Charakter, wenn man bedenkt, dass die Art der Anwendung davon abhängt, wie man sich in dem entsprechenden Falle die elektrische Wirkung zustandegekommen denkt. Nach dem oben angeführten Principe der elektrochemischen Theorie muss die betreffende Hautstelle von dem elektrischen Strome durchflossen werden; man müsste daher die beiden Elektroden eines galvanischen Stromgebers so stellen, dass die Hautpartie gerade von dem Strome ganz getroffen wird; dies wird am besten dadurch bewirkt, dass die Hautstelle zwischen die Elektroden gleichsam gefasst und dass durch Alternativen die Stromrichtung öfters gewechselt wird. Der faradische Strom besitzt nur eine sehr geringe elektrochemische Wirksamkeit und dürfte hier kaum in Betracht kommen.

Bei Circulationsanomalien wird aber diese Methode kaum ein gutes Resultat bringen; vielmehr kommt hier die Polwirkung in Betracht; und hier ist auch der Unterschied zwischen dem galvanischen und dem faradischen Strome zu beachten. Man darf nicht vergessen, dass die Kathode, der negative Pol, erregend wirkt und dass die Anode, der positive Pol, beruhigenden Einfluss übt; auch die Faradisation in der üblichen Stärke lässt eine Steigerung der Erregbarkeit zurück; man muss sehr stark faradisiren, um eine, wenn auch nur einige Minuten andauernde Verminderung der Erregbarkeit zu erzielen. Die Faradisation hat deshalb nur in jenen Fällen einen Zweck, wo es sich um Anämie der Haut handelt, in welcher die Gefässnerven angeregt werden sollen; für die gleichen Fälle kann auch die galvanische Kathodenbehandlung platzgreifen.

Wie wichtig die richtige Polwahl ist, zeigt die Untersuchung von Destot über das physiologische Verhalten der Haut an der Anode und an der Kathode; an der Anode klaffen die Poren der Haut so weit, dass sie sogar einen Stecknadelkopf aufzunehmen vermögen, die Haut erscheint wie eingezogen; an der Kathode dagegen zeigt sie sich gedunsen und ödematös.

Den Einfluss der richtigen Polwahl zeigen auch die interessanten Versuche von Aubert über die Hemmung der Schweisssecretion; er konnte bei Anwendung des constanten Stromes die Wirkung des Pilocarpins aufheben, wenn er an den negativen

Pol eine verdünnte Lösung von Essigsäure oder eine 2% ige Chromsäurelösung brachte; an dem positiven Pole hingegen waren diese Flüssigkeiten nicht im Stande, die Schweisssecretion zu hemmen.

Neben der Polwahl ist auch die Stromdichte und die Dauer der Einwirkung von grosser Wichtigkeit. Um ein Resultat zu erzielen, muss man darnach trachten, mit einer möglichst grossen Stromdichte zu arbeiten; dazu ist es nothwendig, an der kranken Stelle eine sehr kleine Elektrode zu verwenden, während die indifferente Elektrode — nach dem Vorausgeschickten zumeist die Kathode — möglichst gross genommen werden soll. Bezüglich der Stromstärke und der Stromdauer ist festzuhalten, dass schwache Ströme und kurze Sitzungen sich bis nun viel besser bewährt haben, als starke Ströme und lange Sitzungen. Bei langen Sitzungen kann es geschehen, dass, wie in den Versuchen von Eschle, Entzündungen und Degenerationsvorgänge auftreten. Er behandelte die Scrotalhaut eines Kaninchens mit einem constanten Strome von 50 MA und einem Inductionsstrome von zwei Leclanché-Elementen mit 2 cm Rollenabstand, mit langsamen Unterbrechungen in viertägigen Intervallen je zehn Minuten lang; nach der vierten Sitzung zeigte sich eine bedeutende teigige Verdickung der Scrotalhaut, die während des Stromschlusses etwas nachliess und nach Beendigung der Sitzung wieder stärker wurde. Bei der mikroskopischen Untersuchung traten die Zeichen eines umfangreichen Oedems, verbunden mit starker Entzündung, in den Vordergrund; letztere zeigte sich besonders in den tieferen Gewebsschichten, welche dicht mit polynucleären Leukocyten durchsetzt waren; in den oberen Schichten waren die Spalträume des Bindegewebes mit Fibrin erfüllt, reichlich mit fragmentirten Kernen der Leukocyten und hydropisch degenerirten Bindegewebszellen.

Will man eine Hautstelle möglichst isolirt vom elektrischen Strome durchflossen sehen, so müssen beide Elektroden, die nahe aneinander aufgesetzt werden, möglichst klein gewählt sein, damit der Strom sich dicht unter der Oberfläche abgleichen könne und nicht Strommengen in die Tiefe abgeführt werden. Von dem Standpunkte der Tiefenwirkung würde man auch die Verwendung des faradischen Stromes zulassen können, weil er sich zum grössten Theile in der Epidermis und in dem subcutanen Bindegewebe abgleicht; die früher genannten Eigenthümlichkeiten aber — Mangel der elektrochemischen Wirksamkeit einerseits und das Zurück-

bleiben einer Erregbarkeitssteigerung anderseits — hindern die Verwendung des faradischen Stromes in der Dermatotherapie.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben nun gelehrt, dass die Erfolge der elektrischen Behandlung in der Dermatotherapie zum grössten Theile auch von der Spannung des Stromes abhängen; als man begann, anstatt mit dem Batteriestrom mit dem hoch gespannten Strassenstrom zu arbeiten, wurde das Resultat viel besser und gleichmässiger; namentlich die Wirkung des Gleichstromes, den man mit Hilfe der Anschlussapparate leicht therapeutischen Zwecken dienstbar machen kann, erweist sich als vorzügliches Decongestivum, und es unterliegt wohl kaum einem Zweifel, dass sich in Kürze die Gleichstrombehandlung einen sicheren, allgemein anerkannten Platz in der Dermatologie erobert haben wird.

Ein weiteres unentbehrliches Requisit ist für den Elektrodermotherapeuten eine leistungsfähige Influenzmaschine. Die Verdienste, welche sich Doumer und seine Schüler um die von Leloir eingeführte statische Behandlung der Hautkrankheiten erworben haben, bleiben unvergessen. Die statische Behandlung der Hautkrankheiten, die noch nicht zehn Jahre alt ist, hat die um zwanzig Jahre ältere Galvanodermotherapie bei weitem überflügelt, und in Frankreich scheint sie sich bei den Dermatologen grosser Beliebtheit zu erfreuen.

Sie kommt in der Dermatotherapie in zwei Formen zur Anwendung, als Franklinisation und als Mortonisation; erstere wirkt in erster Linie als Decongestivum, letztere als hyperämisirender Factor. Beiden kommt in eminentem Masse neben der Wirkung auf die Gefässnerven ein wesentlicher Einfluss auf die Sensibilität zu; die Sensibilität wird stark herabgesetzt, und dementsprechend verschwindet unter der statischen Behandlung das Jucken sehr rasch. Schon vor 15 Jahren wies Eulenburg darauf hin, dass sowohl beim elektrostatischen Luftbad wie auch bei kurzen, schnell aufeinander folgenden Funkenentladungen die Sensibilität der Haut bedeutend abnehme; seine Beobachtung fand aber unter den Dermatologen keine Beachtung, so dass es ein grosses Erstaunen hervorrief, als Leloir und Doumer im Jahre 1893 mit ihren Erfolgen bei allgemeinem und localem Pruritus hervortraten; in 25 Fällen, die bis dahin jeder Therapie getrotzt hatten, war die Franklinisation von überraschendem Erfolge begleitet, und auch die Crux medi-

corum, der Pruritus vulvae und der Pruritus ani erschienen plötzlich als einer raschen Heilung zugänglich.

Die ersten Publicationen bezogen sich alle auf dieses interessante Resultat. Monell sah nicht bloss bei Pruritus, sondern auch bei chronischer Hyperästhesie einzelner Hautpartien Erfolg, und Legros hat nicht bloss bei reinem Pruritus, sondern bei allen juckenden Hautkrankheiten Erfolge erzielt. Bei der Behandlung des Juckens konnte man sich oft überzeugen, dass auch das Ekzem geheilt werde, Psoriasis kam zur Heilung und auch bei der Impetigo der Kinder traten rasch Abnehmen des Juckens, Aufhören der Secretion und Verschwinden der Drüsenschwellungen auf.

Und nun wiederholte sich das Bild, welches wir oben hinsichtlich der Empfehlung der Galvanodermotherapie gezeichnet haben. Bei allen Arten von Hauterkrankungen wurde die neue Methode versucht, und im Hôpital St. Louis in Paris wurde ein eigener elekrotherapeutischer Saal zur Franklinisation der Hautkrankheiten eingerichtet. Gaston, Chabry und Rieder berichteten nach kurzer Frist schon über nahe an 150 Fälle, die sie mit gutem Erfolge behandelt hatten. Die Franklinisation erwies sich ihnen bei Alopecia, Lichen pilaris, Acne rosacea, Herpes gestationis, Prurigo und Pruritus, Neurodermien und Toxidermien, lichenoiden Ekzemen und circumscripter Lichenifaction als wirksam.

Shoemaker, der auch, wie wir oben gesehen haben, der Galvanodermotherapie sehr viele Indicationen geben wollte, empfahl die Franklinisation bei Verrucae, Clavi, Tylositäten und besonders bei der rauhen trockenen Haut scrophulöser Personen, Derville und Béeue bei Keloiden, Oudin bei Lupus vulgaris und Bisserié bei Lupus erythematodes.

Marquant berichtet über 21 Unterschenkelgeschwüre, die er mit Erfolg durch Franklinisation behandelte; rasch war das Jucken und der Schmerz geschwunden, die Nachbarpartien erhielten ein besseres Aussehen, die Varicositäten nahmen ab, und das Geschwür selbst kam bald zur Heilung. Thiellé sah in wenigen Sitzungen Ulcerationen nach Verbrennungen und Frostgeschwüre heilen, und Doumer bemerkt, dass sich auch ohne locale Behandlung, bloss

unter der Allgemeinwirkung der elektrostatischen Behandlung, die Geschwüre rascher schliessen und die neugebildete Haut einen frischen Eindruck hervorrufe. Daneben nehmen die französischen Autoren noch eine Einwirkung auf die Infectionserreger und ihre Toxine an und führen sie auf die Ozonentwicklung zurück. Sicherlich gelingt es, mykotische Ekzeme, sowie Sykosis und Herpes tonsurans durch die Franklinisation und besonders durch die Mortonisation günstig zu beeinflussen; es ist aber sehr in Frage zu stellen, ob der statischen Behandlung irgend ein Effect auf die Bacterien zukommt, und es liegt viel näher, auch hier die Wirkung auf die Beeinflussung der Gefässnerven zu beziehen; auch die raschen Erfolge, die man bei Eczema seborrhoicum bekommt, sind wohl kaum auf eine antibacterielle Wirkung der statischen Elektricität zurückzuführen.

Bezüglich der Mortonisation sei kurz angeführt, dass die hiebei in Anwendung kommenden Ströme eine sehr grosse Frequenz und sehr hohe Spannung, aber eine geringe Intensität haben; sie nähern sich in ihrer Wirkung den D'Arsonval'schen Strömen, mit denen sie auch in ihrer Entstehung sehr verwandt sind. Es kommt bei ihrer Anwendung rasch zur Röthung der Haut, zur Vermehrung der Schweisssecretion und endlich zur Cyanose; unter ihrem Einfluss bilden sich Narben und Keloide rasch zurück und besonders die entstellenden Narbenstränge nach Verbrennungen kommen bald zum Schwinden; besonders guten Erfolg erzielt man auch bei der Dupuytren'schen Contractur, ferner bei Nachlass des Hauttonus, bei Falten und bei Runzeln.

So lange man Batterieströme mit ihrer niedrigen Spannung in der Elektrodermotherapie verwendete, bestand ein grosser Unterschied zwischen der Galvanisation und der Faradisation einerseits und der statischen Behandlung anderseits. Seitdem wir aber den Gleichstrom der Strassenelektricität verwenden und durch unsere Anschlussapparate hochgespannte Ströme auch für therapeutische Zwecke zur Verfügung haben, ist der Unterschied etwas verwischt. Die mittels eines Anschlussapparates ausgeführte **Galvanisation** deckt sich zum Theil in ihren Indicationen mit der **Franklinisation**, und die mittels des Anschlussapparates ausgeführte **Faradisation** entspricht zum Theile der Mortonisation.

Durch entsprechende Auswahl der elektrischen **Methoden**

kann man in der Dermatotherapie sehr viel Schönes leisten; nach unserer gegenwärtigen Kenntniss ermöglicht uns die Elektrotherapie einerseits eine sichere Behandlung des Juckreizes und eine rasche Behandlung des Ekzems, sowie eine sichere Besserung aller congestiven Zustände, namentlich der rothen Nasen und der rothen Ohren, ferner gibt sie uns die Möglichkeit, in verhältnissmässig kurzer Zeit entstellende Narben zum Verschwinden oder mindestens ihre Farbe der Norm nahe zu bringen; bei allen localen Schmerzempfindungen, bei Urticaria, Fissuren des Anus, Rhagaden der Brustwarze, empfindlichen Stellen an Amputationsstümpfen, bei Verbrennungen und bei Herpes zoster ist die elektrische Behandlung heute als die souveräne Methode anzusehen.

REFERATE.

Interne Medicin.

Zur blutreinigenden Function der Nieren. Von Docent Dr. H. Strauss. (Medic. Klinik der Charité: Prof. Senator.)

Vf. berichtet über Untersuchungen, welche er über die Retentionen im Blutserum und den Gewebssäften unter normalen und pathologischen Bedingungen, insbesondere bei chronischen Nephritiden, ausgeführt hat. Er hat mehr als 200 grösstentheils von Nephritikern stammende Blutsera und Transsudate auf den Retentions- oder Reststickstoff untersucht, der nach Entfernung des Eiweisses in der Lösung zurückblieb und weiterhin auch quantitative Bestimmungen der Harnsäure und des Ammoniaks in den genannten Körperflüssigkeiten vorgenommen. Ausserdem hat er noch Bestimmungen des Kochsalz- und Aschegehaltes und auch der moleculären Concentration, sowie der Serotoxicität an den betreffenden Flüssigkeiten ausgeführt. Vf. hat den Retentions-, bezw. Reststickstoff, sowie den Harnsäure- und Ammoniakgehalt bei den Fällen von chronisch interstitieller Nephritis bedeutend höher (meist mehr als doppelt so gross) gefunden als bei normalen Fällen oder bei Fällen von chronisch parenchymatöser Nephritis. Dabei war der Harnsäure- und der Ammoniakgehalt meist absolut, aber kaum je procentual erhöht, wenn es sich nicht gerade um Fälle von Urämie

handelte, bei welcher Vf. zuweilen eine einseitige, durch eine Acidose bedingte, Vermehrung des Ammoniaks beobachten konnte. Der Salz- und Aschegehalt schwankte innerhalb nur geringer Grenzen und zeigte keine zur Nephritis oder zu einer bestimmten Art derselben constante Beziehung. Die moleculäre Concentration der Blutflüssigkeit war bei den Fällen von chronisch parenchymatöser Nephritis nicht erhöht; auch bei den Fällen von chronisch interstitieller Nephritis war sie meist normal oder nur im geringen Grade erhöht. Dagegen zeigte sich bei der Urämie meistens, aber nicht durchgehends, eine Erhöhung der moleculären Concentration der Blutflüssigkeit. Die Serotoxicität zeigte sich bei den Fällen von chronisch interstitieller Nephritis grösser als bei den Fällen von chronisch parenchymatöser Nephritis.

Bei den chronisch parenchymatösen Nephritiden scheint die Compensation der Retentionen in der Art zu erfolgen, dass eine Verdünnung der Retenta innerhalb der Blutbahn und der Gewebssäfte erfolgt, während bei den chronisch interstitiellen Nephritiden die Compensation durch eine Erhöhung der Herzthätigkeit und durch die Polyurie geleistet wird. Die Sorge für das Herz steht bei den Fällen von chronisch interstitieller Nephritis auch, auf Grund der vom Vf. erhobenen Befunde, im Mittelpunkte des Handelns. Aber auch in den Fällen von chronisch parenchymatöser Nephritis gebührt dem Herzen genau dieselbe Fürsorge, weil die Frage des Ueberganges mancher Fälle von chronisch parenchymatöser Nephritis in die sogenannte secundäre Schrumpfniere zum Theile von der Beschaffenheit des Herzmuskels, bezw. von seiner Fähigkeit, eine vermehrte Leistung zu entfalten, abhängt. In allen Fällen von chronischer Nephritis, in welchen eine Herzmuskel-Insufficienz vorhanden ist oder auch nur droht, ist eine Reduction des zuzuführenden Wasserquantums geboten. Für die Fälle, welche eine sicher gute Leistungsfähigkeit des Herzmuskels besitzen, ist eine zu weit gehende Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr nicht ganz am Platze, weil die zugeführte Flüssigkeit für die Compensation der Retentionen zuweilen eine bis zu einem gewissen Grade nützliche Rolle zu spielen scheint, indem eine gewisse Flüssigkeitsmenge bei den chronisch parenchymatösen Nephritiden zur Verdünnung der Retenta in der Blutbahn und den Gewebssäften und bei den chronisch interstitiellen Nephritiden zur Erzeugung der Polyurie nothwendig ist.

Bei der Urämie handelt es sich vorwiegend um eine Retention stickstoffhaltiger, zum Eiweissmolecül in Beziehung stehender Körper, die auf chemischem Wege eine Giftwirkung entfalten. Man wird daher bei chronischen Nephritiden die Eiweisszufuhr im Ganzen etwas einschränken und in der Nahrung die Kohlehydrate und das Fett etwas bevorzugen.

Specielle Versuche, welche Vf. über den Einfluss eiweissreicher und eiweissarmer Diät auf die Menge des Retentions-, bezw. Reststickstoffes und die moleculäre Concentration des Blutes vorgenommen hat, haben zu keinen gleichlautenden und beweisenden Ergebnissen geführt. Immerhin erscheint eine gewisse Einschränkung der Eiweisszufuhr bei Fällen von chronischer Nephritis gerechtfertigt, wenn sie diejenigen Grenzen nicht überschreitet, welche durch die Rücksicht auf eine gute Ernährung des Herzens geboten sind.

Für die Blutreinigung auf dem Wege der Entgiftung haben von jeher Schwitzcuren eine grosse Rolle gespielt, trotzdem die Meinungen über ihren Werth getheilt sind. Die Untersuchungen, welche Vf. über die moleculäre Concentration und den Kochsalzgehalt des Schweisses bei Nephritikern und Nicht-Nephritikern angestellt hat, stützen die Auffassung, dass bei systematischen Schwitzcuren in der Regel eine Eindickung des Blutes und der Säfte erfolgt, die für die Zwecke der Entgiftung so lange unerwünscht ist, als man nicht weiss, dass der Schweiss besonders befähigt ist, gerade die stickstoffhaltigen Retenta abzuführen. Bei der Urämie sind Schwitzproceduren zu empfehlen, weil der Schweiss vielleicht gerade bei urämischen Zuständen eine grössere Menge von Giftstoffen entfernt, als es bei den urämiefreien Zuständen der Fall ist. Eine solche Beobachtung hat Vf. zweimal an dem zwischen zwei urämischen Krampfanfällen gewonnenen Schweiss machen können.

Die Ableitung auf den Darm ist unter dem Gesichtspunkte der Entgiftung einer Beachtung werth. Unter dem Gesichtspunkte der Entgiftung sind frühzeitige und häufige Punctionen von hydropischen, sowie von Höhlenergüssen durchaus am Platze; man kann durch sie gerade in denjenigen Fällen, in welchen die auf dem Wege der Herzstimulation und der Anregung der Nierenthätigkeit wirkenden Mittel im Stiche gelassen haben, am sichersten und am leichtesten eine Entfernung der Giftstoffe erreichen und.

wie die Beobachtung am Krankenbette zeigt, durch sie manchen Erfolg erzielen. Dasselbe gilt auch bezüglich des Aderlasses in denjenigen Fällen, in welchen ein Angriffspunkt zur Entleerung hydropischer oder Höhlenergüsse nicht vorhanden ist. Nicht bloss bei manifester Urämie scheint ein Aderlass (mit oder ohne Salzwasserinfusion) geboten, sondern auch noch früher, bevor das Gewitter da ist. Mit dieser erweiterten Indicationsstellung für den Aderlass, den Vf. stets in der Form der Venenpunction ausführt, glaubt er, speciell bei chronisch interstitiellen Nephritiden, nicht bloss manche prophylaktische, sondern auch manche direct curative Wirkung erreicht zu haben. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23, 1902.)

Ueber die Behandlung des Erysipels mit Metakresolanytol. Von Dr. Rosenbaum. (Städtisches Krankenhaus am Urban in Berlin: Abtheilung Prof. Dr. Stadelmann.)

Das Mittel wurde an allen Patienten der letzten 3 Jahre, welche an Erysipel erkrankt waren, ohne Unterschied angewandt. Vf. verwandte die 3%ige Lösung und bepinselte mit dieser mittels eines dicken Haarpinsels die vom Erysipel ergriffene Fläche und ungefähr noch 5 cm der umgebenden gesunden Haut. Es wurde immer in der Richtung von der gesunden Haut in die erkrankte gepinselt, und zwar alle 2 Stunden 10 Minuten lang. Danach wurde die Haut intensiv braun gefärbt und gespannt. Nach Aufhören der Pinselungen wurde das Mittel durch Abwaschen mit Wasser und Seife und in hartnäckigen Fällen durch Waschen mit Seifenspiritus entfernt. Die Entfernung der letzten Reste nahm manchmal mehrere Tage in Anspruch. Fast immer wurde eine auffällig starke Abschuppung der Haut nach den Pinselungen beobachtet. Ueber Schmerzen beim Pinseln wurde niemals geklagt. Irgend welche schädliche Einwirkungen auf die Haut wurden nicht bemerkt, auch konnte festgestellt werden, dass die etwaige Resorption des Kresols keinen schädlichen Einfluss auf den Organismus, speciell die Nieren, ausgeübt hat. Der eigenartige Geruch des Metakresolanytols könnte beim Gesichtserysipel vielleicht unangenehm empfunden werden.

Von 59 mit Metakresolantyol behandelten Fällen zeigten 28, dass das Mittel im Stande sein kann, das Fortschreiten des Erysipels zu verhindern und die schon hervorgerufenen Erscheinungen zum Rückgang zu bringen.

In 19 Fällen hat das Metakresolanytol absolut keinen Ein-

fluss auf den Verlauf der Krankheit ausgeübt. Bei allen wurde unter der Behandlung mit Metakresolanytol ein langsames Fortschreiten des Krankheitsprocesses beobachtet, wie es für den Verlauf des nicht künstlich beeinflussten Erysipels typisch ist; es wurden echte Wandererysipele beobachtet, denen durch das Mittel kein Stillstand zu gebieten war. Bei einigen von diesen Fällen wurden Abscesse und Recidive beobachtet. — (Fortschr. d. Med. Nr. 16, 1902.)

Mittheilung über einen Fall von Nebenwirkung des Aspirins. Von Dr. Hirschberg.

Einem Kranken, der plötzlich an Schmerzen in der linken Hüftseite, welche in das linke Gesäss und in den linken Oberschenkel ausstrahlten, erkrankt war, verordnete Vf. 1 g Aspirin in Pulverform. Nachts wurde Vf. plötzlich zu dem Patienten gerufen; er fand folgen den Befund: beide Augenlider so geschwollen, dass die Augäpfel in den verengten Augenspalten kaum zur Hälfte sichtbar waren. Die Unterlippe war sehr geschwollen, die Schleimhaut derselben stark ödematös hervorgetrieben und geröthet. Die angeschwollenen Lider und die Unterlippe fühlten sich hart und infiltrirt an. Die aufgeworfenen rothen und dicken Lippen und die Lidschwellung gaben dem Gesicht ein maskenhaftes Ansehen. Die Kopfhaut war stellenweise in Fünfmarkstückgrösse scharlachartig geröthet und geschwellt. Eine ähnliche Scharlachröthe zeigte die Haut der geschwollenen Unterlider. Eine flächenhaft ausgebreitete Scharlachröthe zeigte die Haut am Nacken bis zum ersten Brustwirbel. Am Rumpfe war nirgends Röthe vorhanden, dagegen sass eine rothe Quaddel von Fünfmarkstückgrösse auf der Haut der rechten Kniescheibe, jedoch war hier eine Infiltration nicht vorhanden. Der weiche Gaumen und das Zäpfchen waren scharlachroth gefärbt. Der Puls ruhig, die Temp. 36·5°. Die Sprache hatte durch die geschwollene und schmerzhafte Unterlippe etwas Schwerfälliges. Das Sensorium war vollständig frei. Das Allgemeinbefinden ist bis auf die durch die Anschwellung des Gesichts hervorgerufene Aufregung gut. Der Urin war klar und zeigte sich bei der im Laufe des Tages ausgeführten Untersuchung frei von Eiweiss und Zucker. Nach drei Tagen waren die Erscheinungen zurückgegangen. Vf. hält den Ausschlag als eine Nebenwirkung des Aspirins deshalb, weil eine andere Ursache nicht zu eruiren war, da von sonstigen in Frage kommenden ursächlichen Momenten (Krebs- oder Erdbeerengenuss) keines vorhanden war.

Man muss deshalb auch hier eine unerklärliche Idiosynkrasie des Patienten gegenüber dem Aspirin annehmen, nach Analogie mit den Nebenwirkungen anderer Mittel (Chinin, Antipyrin). — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23, 1902.)

Dionin bei Erkrankungen der Athmungsorgane. Von Dr. Aug. Scherer. (Volksheilstätte für Lungenkranke zu Ruppertshain i. Th.)

Das Dionin wurde vorwiegend bei den schwereren und schwersten Fällen der Anstalt angewandt. Die hauptsächlichste Wirkung des Dionins ist eine reizmildernde. In der grösseren Anzahl der Fälle, in welchen es zur Unterdrückung oder Verminderung des oft sehr lästigen Hustenreizes angewandt wurde, versagte es nicht. Der Hustenreiz verschwand in vielen Fällen nach einigen Tagen, in mehreren Fällen konnte das Mittel schon nach 4—5 tägigem Gebrauche ganz ausgesetzt werden, ohne dass es sich nöthig erwiesen hätte, an seine Stelle ein anderes Narkoticum treten zu lassen. Verminderte oder erschwerte Expectoration, wie sie nach selbst geringen Gaben von Morphium zuweilen auftritt, konnte sogar bei reichlichem Gebrauch des Mittels in keinem der Fälle beobachtet werden.

Vorhandene Schmerzen wurden durch das Dionin meist günstig beeinflusst, namentlich Schmerzen, welche mit den Menses zusammenhingen. Einen Einfluss auf die Schluckschmerzen bei Larynxphthise konnte Vf. nicht feststellen. Patienten, die früher wegen starken Hustenreizes oder aus anderen Gründen über Schlaflosigkeit klagten, konnten nach abendlicher Einnahme von 0·02 bis 0·03 Dionin meist sehr gut und anhaltend schlafen, ohne am Morgen mit benommenem Kopf oder sonstigen lästigen Erscheinungen zu erwachen.

Die von verschiedenen Autoren beobachtete Unterdrückung phthisischer Nachtschweisse durch Dionin kann Vf. nicht bestätigen.

Unangenehme Erscheinungen nach Gebrauch von Dionin wurden bis jetzt nicht festgestellt; namentlich ist es ein grosser Vorzug des Mittels vor dem Morphium, dass es niemals Verdauungsbeschwerden, Verminderung des Appetits, Uebelkeit, Erbrechen, Obstipation, Benommenheit oder dergleichen Beschwerden hervorruft. Ob man sich an das Mittel leicht gewöhnen kann, lässt sich nach Vfs. Erfahrungen schwer feststellen; der grössere Theil der Fälle spricht nicht dafür. Im Allgemeinen war man nicht genöthigt, die einmalige Dosis über 0·03 zu steigern; wo diese Dosis nicht wirkte, vermochte auch eine weitere Steigerung keinen Erfolg

herbeizuführen. Die Wirkungsweise des Dionins im Vergleich zu Morphium und Codeïn wird am besten durch Korte charakterisirt, nach welchem es sich vom Morphium durch seine mildere narkotische Wirkung, seinen fast unmerklichen Einfluss auf die Verdauungsorgane und den Mangel an unangenehmen Nebenwirkungen, vom Codeïn dagegen durch seine anscheinend stärkere und nachhaltigere Wirkung durch Schaffung allgemeiner Beruhigung und besseren Schlafes und durch günstigere Beeinflussung der Dyspnöe, des Reizhustens, sowie der Expectoration unterscheidet.

Vf. gebrauchte das Dionin in Pulverform: Dionin 0·02 auf Sacch. lactis 0·3, oder auch in 0·3—0·5% iger Lösung, 2—4 mal täglich einen Thee- oder Kaffeelöffel, ferner in Form von Tabletten, wie sie von E. Merck in der Dosis von 0·03 in den Handel gebracht werden. Dosen von 0·02—0·03, wie man sie bei kaffeelöffelweiser Anwendung einer 0·5% igen Lösung gibt, erscheinen für alle Fälle ausreichend, wo überhaupt mit Dionin ein wirklicher Erfolg erreicht werden kann. — (Therap. Monatsh. Nr. 3, 1902.)

Die verschiedenen Formen des Asthmas und ihre Behandlung.
Von Dr. W. Brügelmann.

Die Asthmatherapie, wenn anders sie von Nutzen sein soll, vereinigt eine ganze Reihe von Specialfächern in sich: Rhino-Laryngologie, Neurologie, Hydrotherapie, Pneumatotherapie, Gynäkologie, Psychologie, Elektrotherapie, Suggestionstherapie und vor Allem Anstaltsbehandlung im weitesten Sinne des Wortes. Wenn der Asthmatherapeut nicht in allen diesen Sätteln gerecht ist, sondern stets erst sich nach einem Specialisten umsehen muss, der seinerseits, die Grundkrankheit vernachlässigend, nur sein Specialfach goutirt, so möge er lieber von vorneherein von der Behandlung des Asthmas absehen.

Von den in Betracht kommenden inneren Mitteln steht obenan das Morphium, die ultima ratio. Kleine Dosen subcutan (0·5 : 20) 3—5 Theilstriche thun oft Wunder, da sie die aufgeregten Nerven beruhigen und wieder unter den Willen beugen. Selbstredend ist das Mittel aber mit äusserster Beschränkung anzuwenden und stets daran zu denken, dass es ein ärztliches Verbrechen ist, einen Kranken zum Morphinisten zu machen. Anderseits ist es Pflicht, den Anfall unter keinen Umständen austoben zu lassen, und zu bedenken, dass der dadurch für das Centralorgan gesetzte Schaden weit grösser

ist, als einige Injectionen. Dionin ersetzt das Morphium vorzüglich und beruhigt das Centralorgan.

Das wichtigste Mittel ist das Chloralhydrat, namentlich in Verbindung mit Jod oder Morphium. Es wirkt als Hypnoticum immer noch am sichersten, alle neueren Mittel erreichen es nicht. Die Verbindung des Chlorals mit hohen Dosen Jod ist von allen Medicamenten das wirksamste, die resorbirende und beruhigende Wirkung ist durch nichts zu erreichen. Auch mit minimalen Dosen Morphium wirkt Chloral weit besser als für sich allein. Das Jod sowohl als Jodkali denn als Jodnatrium ist als resorbirendes Mittel bei allen starken Schleimproductionen in den Bronchien unersetzlich. Neben der resorbirenden entfaltet es auch eine leicht narkotisirende Wirkung, nicht constant eine secretionsvermehrende auf die Nasenschleimhaut. Jodschnupfen und Jodexanthem sind höchst unangenehme Beigaben. Atropin wirkt häufig zauberisch, wird leider nur sehr oft schlecht oder gar nicht vertragen. Cocaïn ist unentbehrlich, namentlich für die Nasen- und Rachenschleimhaut, bei Reiz- und Krampfzuständen derselben. Antipyrin, Antifebrin und Phenacetin sind bei allgemeiner Nervenerregung stellenweise ganz vorzüglich. Arsenik wirkt bei heruntergekommenen Individuen zur Stärkung der Zelle und des Nervensystems recht gut. Cannabis, Pyridin und Amylnitrit haben inconstante vorübergehende Wirkungen. Was die Räuchermittel betrifft, glaubt fast jeder Asthmatiker nur durch seine von einem bestimmten Ort bezogenen Räucherungen Wirkung zu haben, bester Beweis, wieviel Suggestion dabei im Spiele ist. Die Wirkung der Räuchermittel beruht darauf, dass durch den Rauch des Stramoniums eine heftige Reizwirkung auf die Bronchialschleimhaut ausgeübt wird, wodurch ein Gegenreiz entsteht, welcher die den Krampf erzeugenden Nerven auf andere Bahnen bringt, während die Narkotica ein wenig beschwichtigen. Chloralformamid als Schlafmittel hat Vf. stets ausserordentlich gute Dienste gethan; es beschwert den Magen nicht und ist ungefährlich. Eventuell kann es durch Codeïn und Sulphonal ersetzt werden.

Die Elektricität wendet man in der Weise an, dass man den einen Pol des inducirten Stromes auf den Vagus, den anderen in die Nase, oder den Rachen, oder auf die Brust, oder beide Pole auf den Kehlkopf bringt. Ein mittelstarker Strom coupirt einen Asthmaanfall häufig in 15—30 Minuten; die besten Wirkungen hat Vf. von der Elektricität bei Bronchialasthma und Intoxication gesehen.

bei hysterischen und neurasthenischen Fällen stellenweise, bei Nasal- und Pharyngealasthma höchst selten. Alle diese Mittel aber sind Palliativa und Unterstützungen von grösserem oder geringerem Werth; die Heilung, resp. die Möglichkeit einer Heilung des Asthmas liegt einzig und allein in der richtigen Combination der besprochenen Disciplinen. — (Berlin. Klinik Nr. 162.)

Die Grundsätze der modernen Diabetesbehandlung. Von Dr. E. Samter. (Schluss.)

Schwieriger gestaltet sich das Vorgehen, wenn die Toleranzgrösse sich unter 100 Kohlehydraten bewegt oder gar bis auf Null gesunken ist. Am günstigsten liegen die Verhältnisse auch hier, wenn es möglich ist, die Amylaceen nur entsprechend der Assimilationsfähigkeit in die Nahrung einzufügen und sich im Uebrigen auf eine Fleisch-Fett-Gemüsediät zu beschränken. Auch Eier und Alkohol können mit herangezogen werden. Als ein Schema derartiger Kost kann die folgende gelten: ausser der gestatteten Brotmenge noch 500 g Fleisch (auch Schinken, Fisch); 4—6 Eier; 60 g Butter oder Fett; Kaffee, Thee, Selter, Fleischbrühe; eventuell eine Flasche guten Rothwein; von anderen kohlehydratarmen Nahrungsmitteln noch kleine Mengen Schweizer und Holländer Käse, Salat, Gurken, Blattgemüse. Meistens aber scheitert das Verfahren bald an dem Widerwillen der Kranken gegen eine derartige brotlose oder brotarme Kost und an Störungen des Allgemeinbefindens und Abnahme des Körpergewichtes. Man ist dann gezwungen, Brot oder andere amylaceenhaltige Nahrung noch in grösserer Menge zuzugeben, als der Toleranz entspricht. Zum Ausgleich ist es dafür wünschenswerth, von Zeit zu Zeit für einige Wochen den Kranken auf strenge Diät zu setzen, um wenigstens vorübergehend wieder die Glykosurie zu beseitigen, wenn nöthig unter Einschaltung der erwähnten Hungertage oder besser noch der von v. Noorden eingeführten Gemüsetage, welche von Hirschfeld noch folgendermassen modificirt sind: 3 Eier, 50 g wahlfreie Cervelatwurst, 250 g Spargel, 250 g Spinat, dafür auch grüne Bohnen u. A.; Fett; $^1/_2$—1 Flasche Wein; unter Umständen wird man auch noch $^1/_4$ l Rahm (= 10 Kohlehydrate) zufügen müssen. Bei älteren Leuten braucht man im Allgemeinen weniger ängstlich zu sein, als bei jüngeren Individuen zwischen 30 und 40 Jahren, welche bei Ueberschreitung der Toleranzgrösse gewöhnlich eine fortgesetzte Verschlimmerung ihres Leidens davontragen. Bei Zeichen drohenden Komas, anhaltender stärkerer Eisenchlorid-

reaction, Auftreten von Harncylindern etc. wird man von der strengen Fleischdiät Abstand nehmen müssen. Für die Fälle dieser Gruppe ist, falls man vollkommene Aglykosurie nicht durchsetzen kann, die erlaubte tägliche Zuckerausscheidung auf höchstens 30—50 g zu normiren (Naunyn).

Die schweren Diabetesfälle, welche auch bei völliger Entziehung der Kohlehydrate nicht mehr, höchstens noch im Hungerzustand zuckerfrei werden, sind nach ähnlichen Grundsätzen zu behandeln. Die zulässige Zuckerausscheidung soll 100—150 g per Tag nicht übersteigen. Perioden strengster Diät mit Gemüse- oder Hungertagen müssen immer zwischen die mildere Diät eingeschoben werden. Die Menge der Fleischnahrung soll über 500 g, gekocht gewogen, im Allgemeinen nicht hinausgehen. In den schwersten Fällen wird man von jeder Diätbeschränkung absehen und nur auf die Erhaltung des Kräftezustandes Rücksicht nehmen. Auch muss, wo der Versuch gemacht wird, die Kohlehydrate völlig zu entziehen, solches in den schweren Fällen immer mit ganz besonderer Vorsicht und stufenweise geschehen.

Die Milch (= 4—4$^1/_2$% Kohlehydrate) wird in einer ganzen Reihe von Fällen überraschend gut vertragen und kann dann entsprechend in grösseren Mengen gegeben werden. Die besonders von Winternitz und Strasser empfohlene absolute Milchdiät stellt eine Unterernährung dar. 4—4$^1/_2$ l würden zur Erhaltung des Stoffbestandes nöthig sein. In einzelnen leichten Fällen von Diabetes ist bei absoluter Milchdiät sogar völliges Verschwinden des Zuckers aus dem Harn beobachtet worden, mit gleichzeitiger Besserung der Toleranz, indem sich darnach eine grössere Assimilationsfähigkeit für Amylaceen ergab, als vorher; für die schwereren Fälle ist die Milchdiät absolut ungeeignet. Rahm enthält circa 3$^1/_2$%, Kefir 2—2$^1/_2$% Kohlehydrate, Fettmilch, sowie die verschiedenen Arten von „Diabetikermilch“ noch weniger, doch werden die letzteren Präparate im Allgemeinen nicht gern genommen.

Das Brot wird am schwersten von den Kranken entbehrt und der Brothunger bildet die Klippe, an welcher so oft die angestrebte rationelle Behandlung scheitert. Dem Kohlehydratgehalt nach sind die verschiedenen Brotsorten folgendermassen anzureihen: Zwieback, Cakes 72—74%; Semmel 60%; Weizenbrot 51 bis 55%; Roggenbrot, Commissbrot gegen 50%, wovon aber circa 10—15% unverdaut bleiben; Schrotbrot, Grahambrot 45%, circa 19% unverdaulich (Grube). Die letzteren Brotsorten würden sich

also, wo sie vertragen werden, am meisten empfehlen. Die kohlehydratarmen Diabetikerbrote können zwar in entsprechend grösserer Menge gegeben und auch in jedem Falle versucht werden, doch werden sie ihres durchgehends wenig angenehmen Geschmackes wegen gewöhnlich bald wieder zurückgewiesen. Kohlehydratgehalt: Aleuronatbrot (Gericke 40 und 47%, Günther 39%); Rademann's Brote (Weissbrot 42½%; Schwarzbrot 40%); Cellulosebrot nach v. Noorden 38%, wovon 34% zur Resorption gelangen; Ergonbrot 30—30% (nach anderer Analyse 45½%); Gumpert's Roborat-Diabetikerweiss- und Schwarzbrot 26½%, respective 18%. Bezüglich dieser Gebäcke hat es sich herausgestellt, dass gelegentliche Controluntersuchungen darüber am Platze sind, ob bei der Herstellung auch dauernd der gleiche Kohlehydratgehalt gewahrt bleibt. So wird der Gehalt des Kleberbrotes (Seidl) auf 30% angegeben (Hirschfeld), während Grube bei seiner Analyse 57% fand. Die minimalsten Kohlehydratmengen enthalten die Mandelgebäcke und die Roborat-Diabetikerstangen.

Die Gemüse dienen als Sättigungsmittel und auch als Fettträger und sind im Stande, der Kost eine gewisse Abwechslung zu verleihen. Zu bevorzugen sind die kohlehydratarmen, wie Spinat, Spargel, junger Kohlrabi, Schneidebohnen, Blumenkohl, Weisskraut, Artischocken, Rosenkohl, Weisskohl, Wirsingkohl; ferner Salat, Gurken, Radieschen. Die Tagesportion von 200—300 g Gemüse enthält circa 10—15 g Kohlehydrate. Durch geeignete Zubereitungsweise kann man die Menge der letzteren herabsetzen; die Gemüse werden abgebrüht, mit reichlich Wasser halb gar gekocht, das Kochwasser wird abgegossen, der letzte Rest möglichst noch durch Auspressen entfernt, dann wieder frisches Wasser aufgegossen und von Neuem gekocht. Dem auf diese Weise verursachten faden Geschmack muss durch Zufügung von Nährsalz, Fleischsaft etc. abgeholfen werden; auch kann das Gemüse zusammen mit fettem Fleisch gekocht werden. Mehlzusatz ist zu meiden. Butter ist in jedem Falle reichlich dabei zu verwenden. Kartoffeln (20—23% Kohlehydrate) werden manchmal verhältnissmässig recht gut verwerthet und können dann auch mit reichlich Butter gegeben werden.

Obst ist besonders denjenigen Kranken gestattet, welche den Fruchtzucker gut zu verarbeiten vermögen. Der Gehalt an letzterem ist sehr schwankend; in erster Linie würden sich empfehlen: Preisselbeeren, Himbeeren, Apfelsinen, Erdbeeren, Jo-

hannisbeeren, Stachelbeeren; ferner Nüsse und Mandeln. Die sogenannten Früchte für Diabetiker sind oft stark zuckerhältig gefunden worden. Beim Kochen des Obstes empfiehlt sich ebenfalls das öftere Abgiessen des Kochwassers, um den Zuckergehalt zu vermindern.

Was die Getränke betrifft, so darf nur solcher Kaffee gewählt werden, bei welchem kein Zucker zum Rösten der Bohnen verwendet wird. Eine Tasse Cacao enthält circa 1—2 g Kohlehydrat. Thee ist unschädlich, Chocolade verboten. Als Süssmittel dient Saccharin oder Krystallose. Die Versüssungsmittel sind nicht mitzukochen und dürfen den Speisen immer erst kurz vor dem Gebrauch beigefügt werden. Alkohol soll im Allgemeinen in keiner grösseren Menge als 50 g per Tag erlaubt sein; eine Ausnahme machen Alkoholiker. Contraindicirt ist er bei gleichzeitig bestehendem Nieren- oder Leberleiden, Arteriosklerose, auch bei Neurasthenikern, wenn sie Alkoholica nicht vertragen. Die 50 g Alkohol entsprechen nach v. Noorden circa 90 g Cognac oder Kirschbranntwein; 100 g Arak oder Whisky; 130 g altem Korn; 140 g Rum; 2 l Obstwein; 500—600 g rothem Burgunder und Ahrwein; 600 g Bordeaux; 600—750 g Weisswein; 1$^1/_4$ l Pilsener Bier. Das Bier enthält aber 4—6% Kohlehydrate, die Assimilationsfähigkeit ist deshalb für jeden Einzelfall immer erst besonders festzustellen.

Die Mineralwässer haben keine specifische Einwirkung auf den Diabetes; indessen wurde häufig genug beobachtet, dass bei Kranken mit leichter Form der Zuckerharnruhr, welche unter den häuslichen Verhältnissen den Zucker nicht völlig aus dem Harn verloren, durch eine 4—6 wöchentliche Trinkcur in Karlsbad. Neuenahr, Vichy u. a. O. vollkommene Zuckerfreiheit erzielt wurde, selbst wenn in der Diät keine Aenderung eintrat. Neurastheniker eignen sich besser für einen Aufenthalt im Gebirge. Bei Complication mit Schrumpfniere ist von der Trinkcur abzusehen.

Arzneimittel spielen bei der Behandlung der Diabetes keine besondere Rolle. Opium, Syzygium Jambulanum, Salicyl, Aspirin sind fähig, die Toleranz zu steigern, und können gelegentlich, besonders wo man durch die blosse Diätbeschränkung nicht zum Ziele kommt, vorübergehend in Anwendung gezogen werden, wenn es darauf ankommt, infolge besonderer Complicationen die Zuckerausscheidung möglichst rasch zu unterdrücken. Opium, Dionin, Brom leisten für die Bekämpfung einer gleichzeitigen

Neurasthenie gute Dienste. Curen mit Thee verschiedener Art haben sich als nutzlos erwiesen.

Muskelthätigkeit, Spaziergänge, leichter Sport sind für die leichten Formen sehr zu empfehlen, dürfen aber nicht zur Ermüdung führen. Kalte Bäder können mit Vorsicht versucht werden. Für nervöse Individuen sind prolongirte warme und kohlensaure Bäder vorzuziehen. Schliesslich ist auch die psychische Beeinflussung nicht zu vergessen, vornehmlich in denjenigen Fällen, wo die Kranken zu hypochondrischen Vorstellungen bezüglich ihres Leidens geneigt sind. — (Reichs-Med.-Anz. Nr. 16, 1902.)

Chirurgie.

Die Ligaturbehandlung der Hämorrhoiden. Von Doc. Dr. Ehrich.

Vf. hat bei den an der Rostocker Klinik mittels des Ligaturverfahrens behandelten Patienten mit Noduli haemorrhoidales Nachforschungen angestellt und gefunden, dass 89·5% aller Fälle dauernd geheilt blieben. Der Vergleich, den Vf. mit anderen Operationsmethoden (Kauterisation, Exstirpation) zieht, fällt zu Gunsten der Ligaturmethode aus, weil sie ebenso gute Resultate liefert, wie die anderen Methoden, dabei aber an Einfachheit der Technik und Nachbehandlung alle anderen Methoden übertrifft.

Die Methode besteht darin, dass die Knoten mit gewöhnlichen, nicht elastischen Ligaturen fest abgebunden werden, nachdem eine seichte Einkerbung der Schleimhaut behufs Sicherung der Ligatur vorgenommen wurde. Der Knoten muss fest ligirt werden, damit das Abfallen nicht gehindert werde. Um dem Patienten nach der Abbindung grosse Schmerzen zu ersparen, ist es nothwendig, darauf zu achten, dass die Haut in die Ligatur nicht mitgefasst werde. Eine vorherige stumpfe Dehnung des Sphinkters erleichtert die Operation und Nachbehandlung, ohne irgend welche Störung dem Patienten zuzufügen. Nach der Operation wird ein Gazestreifen in den After eingeführt; vom fünften Tage ab wird für leichten Stuhl gesorgt; die Knoten fallen, nachdem sie gewöhnlich dem trockenen Brande verfallen sind, durchschnittlich nach 8—9 Tagen ab und die Behandlung ist im Wesentlichen nach 10—14 Tagen vollendet.

Weitere Vorzüge der Methode bestehen darin, dass sie auch in

complicirten Fällen angewendet werden kann, was bei der Exstirpation nicht möglich ist, und schliesslich darin, dass auch bei Entfernung einer grösseren Anzahl von Knoten keine Gefahr einer postoperativen Stenose des Mastdarmes, wie bei der Excision oder Pacquelinirung besteht, da zwischen den einzelnen Ligaturen genügend gesunde Schleimhaut übrig bleibt und die Narben nach dem Abfallen der Schorfe klein sind. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 35, H. 1.)

Operativ geheilte Schussverletzung beider linker Lungenlappen. Von Dr. Thiel.

Die Schussverletzungen der Lunge, bei welchen man die Lunge wegen der Blutung freigelegt, die blutende Stelle aufgesucht, gestillt und zur Heilung gebracht hat, sind noch als Seltenheiten anzusehen. Vf. gelang die Heilung bei einem 40 jährigen kräftigen Mann, der in einem Anfall von Geistesstörung einen Selbstmordversuch beging, indem er sich mit einem Revolver in die linke Brustseite schoss. Nach der Verletzung soll eine starke Blutung aus der Einschussöffnung aufgetreten sein. Die Lungenverletzung und der Hämopneumothorax waren sichergestellt, ausserdem bestand Verdacht auf eine Verletzung des Perikards oder einer Intercostalarterie. Da die Blutung durch nichts zu beeinflussen war, entschloss sich Vf. zur Operation.

Nach Durchtrennung der Weichtheile im zweiten Intercostalraum in der Ausdehnung von 18—20 cm wurden die zweite und dritte Rippe in derselben Ausdehnung resecirt, so dass mit der Hand bequem eingegangen werden konnte. Der Thoraxraum war mit Blut ausgefüllt, die Lunge lag collabirt gegen die Wirbelsäule zurückgesunken; das Perikard erwies sich als unverletzt, hingegen konnte man an dem vorgezogenen oberen Lungenlappen einen Schusscanal constatiren, aus dem dauernd Blut ausfloss. Zwei tiefe Umstechungen brachten die Blutung zum Stillstand. Der Unterlappen war ebenfalls verletzt, doch war die Blutung gering und stand auf Tamponade. Die Lungenlappen wurden reponirt und die Brusthöhle mit einem Gazestreifen drainirt.

Während der Operation trat ein schwerer Collaps ein, der noch am nächsten Tage anhielt, 33 Stunden p. o. Kochsalzinfusion, worauf sich der Puls besserte; Patient erholte sich langsam, konnte nach $3^1/_2$ Wochen ausgehen und wurde dauernd geheilt. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 35, 1902.)

Zur Lehre von der Dupuytren'schen Fingercontractur. Von Dr. Peter Janssen.

Vf. hat sieben Fälle von Dupuytren'scher Fingercontractur, die an der Bergmann'schen chirurgischen Klinik operirt wurden, histologisch genau untersucht und kommt zu dem Schlusse, dass diese Krankheit in einer fleckweisen Hypertrophie des Bindegewebes, welche von den Wandungen der kleinsten Gefässe ihren Ausgang nimmt und später der Schrumpfung verfällt, bestehe. Die Ursache liege in der Disposition des Bindegewebes der Hände zu hypertrophischen Processen, hingegen spiele das Trauma als ätiologisches Moment keine Rolle.

Die Therapie, die an der Klinik eingeschlagen wurde, bestand in vollständiger Exstirpation der Aponeurose, sammt allen ihren Ausläufern, die gegen die Finger ziehen, und ihren Septen, die gegen die Sehnenscheiden hinuntergehen. Dort, wo die Haut mit der Aponeurose verwachsen ist, wird die verwachsene Partie mit der Aponeurose mitgenommen, so dass Fenster in der Haut entstehen. Vf. betont die Wichtigkeit der totalen Exstirpation, indem von jedem zurückgelassenen Stück der Aponeurose, wenn es auch gesund erscheint, in kürzerer oder längerer Zeit ein Recidiv ausgeht. Auf die vollständige Entfernung der Aponeurose folgt die Deckung des Defectes in der Haut. Wo es ohne Spannung der Haut möglich ist, werden Nähte angelegt; der übrig bleibende Defect wird mit ungestielten Krause'schen Lappen gedeckt. Massage und passive Bewegungen der Finger müssen durch längere Zeit täglich geübt werden.

Die Erfolge dieser Behandlung waren stets günstige; die Patienten konnten ihren früheren Beruf aufnehmen. In zwei Fällen trat nach der Operation Beugestellung der Finger infolge Keloidentwicklung in der Operationsnarbe ein. Nach Exstirpation der Narbe und Einpflanzung eines Hautlappens wurde auch hier der Erfolg vervollständigt. — (Arch. f. klin. Chir. Bd. 67, H. 4.)

Ueber den plastischen Verschluss von Defecten der Choledochuswand. Von Prof. Kehr.

Plastische Operationen zur Deckung von Defecten der Choledochuswand sind bisher nicht ausgeführt worden. Vf. hatte unter den vielen Hunderten von Gallensteinoperationen viermal grössere Defecte der Choledochuswand angetroffen, die einen operativen Eingriff nothwendig machten. Vf. hat verschiedene Methoden eingeschlagen und empfiehlt auf Grund seiner Er-

fahrungen die Deckung vermittels Serosa-Muscularislappen aus dem Magen oder der Gallenblase oder durch Einnähen von Netz in den Defect.

Der Lappen wird aus der Nähe des Pylorus entnommen und entweder gedreht — mit der wunden Fläche nach dem Lumen des Choledochus — oder nur umgelegt, mit der peritonealen Fläche nach innen genau in das Loch eingenäht. Der Lappen heilte in zwei operirten Fällen ein; leichte Tamponade genügte, um das Ausfliessen von Galle zwischen den Nähten zu verhindern. Beim Abpräpariren des Lappens soll der Magen nicht eröffnet werden, weil dadurch die Operation unnöthigerweise complicirt wird und an Gefährlichkeit zunimmt. Der Defect im Magen wird in der üblichen Weise vernäht.

Wenn die Gallenblase gesund ist, kann ein Lappen aus derselben (auch aus der ganzen Wanddicke) entnommen werden; diese letztere Methode gewährt den Vortheil, dass die nach innen gewendete Wand des Lappens mit Schleimhaut bekleidet ist. Auch ein Netzstück in den Defect eingenäht, kann, wie ein operirter Fall zeigte, das Ausfliessen der Galle verhindern. — (Langenb. Arch., Bd. 67, H. 4.)

Ueber operative Behandlung der chronischen Obstipation. Von Prof. Felix Franke.

Vf. sah sich genöthigt, in einem Falle von chronischer Obstipation bei einem 44jährigen Fräulein, welches trotz aller Mittel wochenlang keinen Stuhl hatte und körperlich und psychisch unter diesem Zustande viel zu leiden hatte, operativ einzugreifen. Von der Meinung ausgehend, dass die übermässige Eindickung des Kothes das Hinderniss für die Stuhlentleerung abgebe, trachtete Vf., einen Theil des Dickdarmes auszuschalten und legte eine Anastomose zwischen Ileum und Flexura sigmoidea an. Dieselbe functionirte einige Zeit gut, Patientin hatte auf Glycerinzäpfchen jeden Tag Stuhl. Bald kamen aber die alten Beschwerden wieder, da einerseits Verwachsungen und Knickungen an der Operationsstelle auftraten, anderseits aber wahrscheinlich eine Verengerung der Anastomosenöffnung sich einstellte. Vf. hat daher den Dickdarm vollständig ausgeschaltet, indem er das Ileum vom Cöcum abtrennte, beide Enden vernähte und dann zwischen Ileum und der Flexura sigmoidea eine seitliche Communication herstellte.

Patientin vertrug beide Operationen sehr gut und hatte nach der zweiten Operation spontane breiige Stühle, 3—4mal

täglich. Sie war mit dem Erfolge der Operation sehr zufrieden und nahm an Körpergewicht zu; die Anämie schwand.

Da in vorgeschrittenen Fällen die Patienten unter den chronischen Obstipationen viel zu leiden haben, indem Anämie, Abmagerung, dann psychische Störungen sich einzustellen pflegen, glaubt Vf., dass in diesen Fällen die Operation — nach erfolgloser innerer Behandlung — in Erwägung zu ziehen ist. — (Langenb. Arch., Bd. 67, H. 4.)

Wie erzielt man vollkommene Continenz nach totaler Mastdarmexstirpation? Von Dr. Oscar Wolff.

Die Fälle von Mastdarmcarcinom sind selten, bei welchen es möglich ist, den Sphinkter und die Continenz zu erhalten und dabei alles Kranke zu entfernen. In Fällen von totaler Exstirpation des Sphinkters wurden öfters durch die Gersuny'sche Drehung recht schöne Resultate erzielt, zum mindesten Continenz für festen Stuhl erreicht. Da aber dem Vf. in der letzten Zeit zweimal passirte, dass der Darm sich wieder zurückdrehte, hat er durch Injection von Paraffin die Continenz herzustellen versucht und in zwei Fällen vollkommene Resultate erzielt. Die Injection soll erst 14 Tage nach der ersten Operation, bei bereits granulirender Wunde, gemacht werden, damit nicht durch den Druck der Paraffinprothese eine Gangrän des Darmes begünstigt wird. Da die Zeit seit der Operation noch zu kurz ist, kann Vf. nicht angeben, ob die Resultate, die er erreichte, auch von Dauer waren. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 28, 1902.)

Die Erhaltung der Vena femoralis bis zum letzten Act der Exarticulatio femoris nach Rose. Von Prof. Riedel.

Bei der jetzt üblichen Operationsmethode der Exarticulatio femoris bleibt in der amputirten Extremität eine erhebliche Menge Blut zurück, das für den Kranken verloren geht. Man kann sich davon überzeugen, wenn einmal eine distalwärts angelegte Ligatur abrutscht; es entleeren sich dann gewaltige Mengen venösen Blutes aus den Venen, wenn letztere einen etwas grösseren Durchmesser haben. Dieses Blut stammt vorwiegend aus den Knochen der Extremität.

Vf. war seit Jahren bestrebt, dieses Blut dem ohnedies sehr geschwächten Patienten zu erhalten und es gelang ihm dies auf ganz einfache Weise dadurch, dass er nur die Arteria femoralis im Anfang der Operation ligirte und die Unterbindung der Vena femoralis für den Schluss der Operation verschob. Da die Venen

der Extremität noch in directer Verbindung mit dem Herzen waren, wurde das Blut aus der Extremität infolge des im Thoraxraum herrschenden negativen Druckes, der sich auf die grösseren Gefässe fortsetzt, gegen das Herz angesogen und da wegen Unterbindung des zuführenden Gefässes kein Blut in die Extremität nachfloss, wurde die Extremität wirklich blutleer.

Die günstige Wirkung dieser Operationsmethode zeigte sich bei einer 16jährigen Patientin, der wegen Sarkoma femoris die Extremität exarticulirt wurde und die keine Spur von Collaps aufwies. Ausserdem wurde das Verfahren noch in drei weiteren Fällen mit gutem Erfolge angewendet. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 29, 1902.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Genese, Prophylaxe und Behandlung der Eklampsie. Von Dr. Ahlfeld.

Vf. verarbeitete 31 diesbezügliche Fälle der Marburger Klinik und schliesst sich nicht der Ansicht Stroganoff's an, der die Eklampsie als Infectionskrankheit bezeichnet, da Uebertragung in keinem der obengenannten Fälle nachzuweisen war. Autor führt die Ursache der Erkrankung auf eine pathologische Nierenfunction zurück, durch welche es zu einer Ansammlung von Toxinen im Blute kommt. Jedoch konnte über den Ursprung dieser Toxine nichts ergründet werden. Ob es eine Eklampsie ohne Betheiligung der Niere gibt, werden erst weitere Forschungen festzustellen haben. Vf. empfiehlt genaueste Beobachtung der Gravidität, da sich Prodrome erkennen lassen, und wären besonders die Hebammen in dieser Richtung zu unterweisen. Bei Verdacht auf Eklampsie sind Jaquet'sche Einwickelungen zu machen und sollte auch den Hebammen gestattet sein, letztere in dringenden Fällen noch vor der Ankunft des Arztes anzuwenden. Ist das Bewusstsein vorhanden, so kann man die Wirkung dieser Jaquet'schen Einwickelungen noch dadurch unterstützen, dass man den Patienten grosse Mengen von kohlensauren Wässern und Milch zu trinken gibt. Bei vorhandener Bewusstlosigkeit ist die Anwendung von subcutanen Kochsalzinfusionen, bei Herzschwäche subcutane Gaben von Kampher sowie Coffeïn am Platze. Letzteres hat auch zu geschehen, wenn die Geburtswege noch nicht genügend erweitert sind und sich die Anfälle nicht in so bedrohlicher Weise häufen, dass ohne Verzug die Geburt be-

endigt werden müsste. Ist der Muttermund weit genug, so soll die Geburt sofort beendigt werden. Wenn Gefahr im Verzuge ist, so muss die künstliche Erweiterung des Muttermundes und Entleerung des Uterus vorgenommen werden. Alle äusseren Reize sind aufs Peinlichste zu vermeiden. Wenn die Anfälle sich in bedrohlicher Weise mehren und die Geburt nicht sofort beendigt werden kann, dann hat man Narkotica in vorsichtiger Weise in Anwendung zu ziehen. 1—2 g Chloralhydrat im Klysma oder Morphium subcutan 0·01 g, im Bedarfsfalle mehrmals. Bei Lungenödem und starker Cyanose empfiehlt Vf. einen Aderlass als lebensrettendes Mittel. Sectio caesarea ist nur bei constatirtem Leben der Frucht und völlig hoffnungslosem Zustande der Mutter dann vorzunehmen, wenn die Geburt per vias naturales nicht rasch genug beendigt werden kann. Die vaginale Sectio caesarea ist besonders in der Hand des praktischen Arztes ein viel gefährlicherer Eingriff, als die classische, nach der Ansicht des Autors. Bei Eklampsie im Wochenbette empfiehlt Vf. die Jaquet'schen Einwickelungen und kleine Dosen von Morphium. Bei Temperatursteigerung sind kühle Vollbäder oder Packungen von gutem Erfolge. — (Seitz u. Schauer, München 1901.) Königstein.

Erfahrungen mit der Umwandlung der Geburtslage in Hinterhauptslage, insbesondere mit dem Thorn'schen Handgriffe. Von Dr. E. Opitz.

Vf. stützt sich auf ein Material von 71 Fällen, welches der Berliner geburtshilflichen Poliklinik aus den Jahren 1890—1900 entnommen ist. Davon waren 23 I.-Gebärende und 27 II.—V.-Gebärende und 21 mit mehr als 5 Geburten. In 90 Fällen hat Autor selbst die Umwandlung einer Gesichtslage in eine Hinterhauptslage vorgenommen. In 58 von den obangeführten Fällen wurde der Thorn'sche Handgriff ausgeführt und gelang 44mal vollständig, in zwei Fällen trat Recidive ein, nachdem die Lage vorher mit Erfolg verbessert wurde, und 11mal war ein gänzliches Misslingen zu verzeichnen. Vf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen. Wenn bei Gesichtslagen sich die Geburt verzögert, so ist wegen Gefahr des kindlichen Lebens obiger Eingriff vorzunehmen. Ist der Muttermund genügend vorbereitet und der Kindeskopf noch beweglich, so ist vorerst der Handgriff nach Thorn zu versuchen. Verläuft dieser Versuch resultatlos, so empfiehlt Vf. die dem kindlichen Gesichte entsprechende Hand von der Kreuzbeinhöhle aus in die Höhe zu führen. Vier Finger gehen am Hinterhaupt möglichst hoch hinauf

und ziehen dasselbe vorsichtig nach unten, während der Daumen von unten die Stirngegend nach oben hebelt. Durch äussere Handgriffe unterstützt die andere Hand die Drehungen des Schädels und verbessert die Lordose des kindlichen Rumpfes in eine Kyphose. Ist die Umwandlung gelungen, dann muss sie durch entsprechende Lagerung der Kreissenden und durch Impression des Schädels von aussen fixirt werden. Ist die Correction der Lage vollzogen, so muss, wenn die Geburt nicht spontan eintritt, auch ohne besondere Indication nach 3—4 Stunden die Zange angelegt werden. Gelingt die Umwandlung nicht und zieht sich die Geburt in die Länge, so ist die Wendung mit nachfolgender Extraction am Platze. Letztere ist gleich vom Hause aus indicirt, wenn die Gesichtslage mit engem Becken, Vorfall der Nabelschnur oder tiefem Sitze der Placenta complicirt ist. Bei fest im Becken stehendem Gesichte mit nach hinten gerichtetem Kinne soll erst eine dringende Indication zur Vornahme eines Eingriffes abgewartet werden. Ist der Moment gekommen, so ist der Volland'sche Handgriff, eventuell ein starker äusserer Druck auf das kindliche Hinterhaupt zu versuchen, bevor man die Kraniotomie ins Auge fasst. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 45, H. 1.) Königstein.

Vaporisation. Von Dr. E. Fränkel.

Vf. bringt in zusammenfassender Kürze alles derzeit über die Vaporisation Wissenswerthe. Diese therapeutische Massnahme ist dank den Bemühungen von Pinkus in Deutschland derzeit gegenwärtig allgemein anerkannt. Nur die Indicationen wären nach der Ansicht des Autors gegenüber den ursprünglichen Angaben von Pinkus etwas einzuschränken. Bei unstillbaren Blutungen ist sie statt der Totalexstirpation in erster Linie indicirt. Ob die Methode auch im Beginne der puerperalen Sepsis, bei Dysmenorrhöe, speciell der membranösen Form derselben, bei Endometritis gonorrhoica und tuberculosa, bei profusem senilem Fluor und zur Erzielung künstlicher Sterilität in Anwendung zu ziehen ist, werden erst die Erfahrungen der Zukunft lehren müssen. Jedenfalls muss man sich die bisher beobachteten unglücklichen Zwischenfälle, wie Atresie der Cervixe, Entzündungen und selbst Todesfälle, zur Warnung dienen lassen und kann die Vaporisation derzeit noch nicht als Gemeingut der Aerzte bezeichnet werden. — (Sep.-Abdr. a. d. Realencyklopädie der ges. Heilk. von Prof. Eulenburg.)

Königstein.

Beitrag zur Behandlung der Phlegmasia alba dolens puerperalis. Von Dr. G. Keim.

Vf. sucht die ätiologischen Momente der Phlegmasia dolens nicht bloss in bacteriologischer Richtung, sondern glaubt, dass bei diesem Krankheitsprocesse auch die intimen Phänomene der Coagulation in Rechnung zu ziehen sind. Vf. ist der Ansicht, dass die Leber unter dem Einflusse gewisser, dem Körper einverleibter Substanzen (Peptone) im Stande ist, eine Substanz zu bilden, die der Coagulation des Blutes entgegenwirkt. Gestützt auf diese Thatsache, will der Autor eine anticoagulatorische Behandlung der Phlegmasia dolens einführen. Da nun aber die Leber während der Gravidität und Wochenbett in ihrer Function schwächer ist, so wurde dem Pepton eine Emulsion von frischer Kalbsleber zugesetzt und das Ganze in das vorher entleerte Rectum eingebracht. Das Recept des Klysma ist folgendes. Es werden 100 g Kalbsleber fein verhackt und mit 5—10 g reinem Pepton vermischt. Das Ganze wird durch Beifügen von Wasser auf 250 g gebracht. In Intervallen von je einer halben Stunde wird das Gemenge verbraucht. — (Obstétrique Nr. 6, 1901.) Königstein.

Ueber einige Beziehungen der Retroflexio uteri fixata zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Von Dr. F. Lehmann.

Vf. bespricht vorerst die Symptome, die eintreten, wenn ein fixirter retroflectirter Uterus gravid wird. Sie tragen zumeist den Charakter der Perimetritis und dauern trotz sachgemässer Behandlung nicht nur fort, sondern nehmen an Intensität zu. In der weiteren Folge kann es entweder zu Abort oder zur Incarceration kommen. Ist dies nicht der Fall, so dehnen sich die Adhäsionen unter Umständen so stark, dass Spontanreposition eintritt oder es gelingt, den Uterus aufzurichten, jedoch ist ersteres als grosse Seltenheit zu bezeichnen. Die Chrobak'sche Hypothese über das Zustandekommen der Selbstaufrichtung verwirft der Autor und führt den Beweis für seine eigene Anschauung, nach welcher die runden Mutterbänder bei diesem Vorgange mitwirken. Er beschreibt weiters die Möglichkeit einer sich plötzlich vollziehenden Aufrichtung. Ist eine Spontanaufrichtung erfolgt, dann ist das Einlegen eines Pessars nicht mehr nothwendig. Vf. hebt hervor, dass die Beschwerden nicht sofort nach erfolgter Reposition schwinden. Nach der Ansicht des Autors liegt die Ursache hievon in den Zerrungen, die durch Adhäsionen und Narben besonders in den Ligament. lat. bedingt sind, und glaubt der Vf.

auch darin die Ursache der Frühgeburt sehen zu müssen, indem vorzeitige Wehen ausgelöst werden. Während der Gravidität rufen die perimetritischen Adhäsionen besonders nach der Nahrungsaufnahme und der dadurch bedingten Peristaltik der Därme heftige Beschwerden hervor. Kommt es zur Geburt, so sind sehr schmerzhafte Wehen fast ausnahmslos zu beobachten. Vf. empfiehlt zu ihrer Beseitigung Dower'sche Pulver, eventuell etwas Morphium mit Chloral. Verläuft das Wochenbett normal, so kann man in der zweiten Woche nach der Geburt ein Pessar einlegen, doch muss dasselbe sofort entfernt werden, wenn sich perimetritische Erscheinungen einstellen und deren völliger Rückgang abgewartet werden, ehe man einen neuerlichen Versuch mit dem Einlegen des Pessars unternimmt. Wenn bei retroflectirtem fixirtem Uterus Gravidität eintritt, dann empfiehlt der Vf. die Aufrichtung zunächst ohne, dann mit Narkose, wenn die anatomischen Verhältnisse der Blase normal sind. Gelingt die Aufrichtung nicht, dann empfiehlt Autor Bettruhe in Seitenlage, eventuell Knie-Ellenbogenlage, auch Bauchlage, bei erhöhtem Fussende des Bettes und Wegnahme jeder Unterlage unter dem Oberkörper. Regelmässige Entleerung der Blase und des Darmes. Einlegen eines Pessars oder Tamponade des hinteren Scheidengewölbes, bezw. Kolpeuryse, wenn es gelingen sollte, den Fundus allmälig manuell höher zu schieben, jedoch unter grösster Vorsicht und nicht zu frühzeitig. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21 u. 22, 1901.) Königstein.

Augenheilkunde.

Ueber Adrenalin, das wirksame Princip der Nebennieren in haltbarer Form. Von Dr. Hans Kirchner.

Der Werth der vasoconstrictorischen Wirkung des Nebennierensaftes ist ein umso grösserer, als die bisherigen Veröffentlichungen fast alle darüber übereinstimmen, dass darauf keine reactive Hyperämia folgt. Die bisherigen Nebennierenpräparate zersetzen sich jedoch sehr leicht und sind theuer. Das gilt ebenso vom Atrabilin, wie vom Suprarenin und dem Extractum suprarenale solut. Selbst das vom Autor als bisher bestes anerkannte Präparat, das Extrait de capsules surrénales von Dr. Jacquet in Lyon, ist nicht sehr haltbar und relativ theuer.

Dem Chemiker Dr. Jokichi Takamine der Londoner Fabrik Tarke, Davis et Co. ist es nun gelungen, das wirksame Princip der Nebenniere zu isoliren, und alle anderen Extractivstoffe, welche

die Zersetzlichkeit des Präparates befördern und die physiologische Wirksamkeit abschwächen könnten, zu entfernen. Es ist das das Adrenalin. Es bildet fast mikroskopisch kleine, gelblichweisse Kryställchen, reagirt alkalisch, ist im kalten Wasser schwer löslich, dagegen im heissen Wasser oder in mit Salzsäure versetztem Wasser leicht löslich. Ist schon die wässerige Lösung sehr haltbar, noch umso haltbarer ist die Lösung des salzsaueren Salzes; zu augenärztlichen Zwecken eignet sich am besten eine Lösung von 1. Adrenalin. hydrochlori. auf 1000 physiologische Kochsalzlösung und bildet diese Lösung eine farblose Flüssigkeit, deren Einträufelung ganz schmerzlos ist. Dieselbe englische Fabrik hat noch ein Präparat, das Suprarenal Liquid with Chloretone, ein wässeriges Extract der frischen Nebenniere, in den Verkehr gebracht. Diese letztere Lösung ist bräunlich und verursacht, eingeträufelt, rasch vorübergehendes Brennen.

Die ausserordentliche Haltbarkeit verdanken diese beiden Präparate einem Zusatz von 0·5% Chloretone. Das Chloretone ist ein weisser krystallinischer Körper von kampherartigem Geschmack und Geruch, er gehört in die Reiche der Fettsäuren und ist das Reactionsproduct von Chloroform, Aceton und Alkohol. Zwar wirken noch stärker verdünnte Adrenalinlösungen noch immer prompt anämisirend, allein die noch stärker verdünnten Lösungen verfärben sich an der Luft und werden unwirksam, daher es sich empfiehlt, ausschliesslich die sehr haltbare und dabei relativ billige Lösung 1·0:1000·0 sol. adrenalini hydrochl. zu verwenden.

Genauere Indicationsstellung für die Anwendung des Adrenalins, das, wie folgt, verschrieben wird: Rp. Adrenalini 5·0, D. S. Augentropfen, kann Autor derzeit noch nicht geben; soviel ist sicher: 1. dass es bei Conjunctivitiden ausgezeichnet wirkt, und zwar ist es nicht bloss die objectiv sichtbare Anämia, derentwegen man es anwenden soll, es tritt vielmehr sofort subjective Erleichterung aller Beschwerden ein. 2. Dass es bei Glaucoma inflamatorium ausgezeichnet wirkt. 3. Dass man es mit ausgezeichnetem Erfolge bei operativen Eingriffen in Combination mit Cocaïn verwenden kann und soll.

Bei Iridocyklitis will Autor Verschlimmerung auf Adrenalineinträufelung gesehen haben — eine Beobachtung, die mit den Beobachtungen des Referenten und denen anderer Autoren nicht übereinstimmt. — (Die ophthalmol. Klinik Nr. 12, 1902.)

Dr. Jänner.

Trachombehandlung mit Kupfer- und Silbercitraten. Von Dr. F. R. v. Arlt.

Der Autor recapitulirt zunächst seine Publicationen über Cuprumcitricum (Cuprocitrol) (vergl. Referat im Juli-Heft 1902 des Centralbl. f. d. ges. Ther.) und empfiehlt für jene Formen des Trachoms, welche Cuprocitrol nicht vertragen, die Anwendung des Argent. citric. (Itrol), respective die Combination beider Mittel, und zwar so, dass einige Zeit Cuprocitrol, dann Itrol, dann wieder Cuprocitrol zur Anwendung kommen sollen.

Itrol Credé wurde von der chemischen Fabrik von Heyden, Radebeul bei Dresden, zuerst dargestellt und 1896 in den Handel gebracht; es ist ein kreideweisses Pulver von einer Löslichkeit 1:3600 Aq. dest. und der Formel $Ag_3\,C_6\,H_5\,O_7$; es ist sehr lichtempfindlich und zersetzt sich durch Einwirkung von Acetylen und Feuchtigkeit sehr leicht, muss daher ganz besonders gut aufbewahrt werden. In neuester Zeit wird es für augenärztliche Zwecke als Itrol Credé pro oculis als besonders feines Pulver dargestellt. v. A. verwendet es seit vier Jahren mit gutem Erfolge gegen torpide Hornhautgeschwüre, Ulcus serpens, lymphatische Eruptionen mit Neigung zum Zerfall, bei stark secernirender Conjunctivitis, bei Blennorrhoea neonatorum, und zwar 2—3mal innerhalb 24 Stunden.

Nur zweimal sind Schorfbildungen leichten Grades mit ziemlich starken und wenige Minuten andauernden Schmerzen beobachtet worden. Bei vorhandener starker Secretion ist die Schleimhaut vorerst mit einem nassen Wattebauschen oder direct durch Ausspülen vom Schleim zu reinigen. Einige Minuten nach dem Einstreuen des Itrolpulvers ist der Ueberschuss desselben bis auf ein Minimum, welches im Bindehautsack zurückbleiben mag, zu entfernen. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 35, 1902.)

Dr. Jänner.

Dermatologie und Syphilis.

Ueber die Natur der zur Heilung führenden regressiven und productiven Gewebsveränderungen, welche der Lupus, das Ulcus rodens und der Naevus vasculosus planus unter dem Einfluss der Finsen'schen Lichtbehandlung erleiden. Von Dr. A. Sack. (Heidelberger Sanatorium für Hautkranke.)

Das Finsenlicht wirkt zunächst auf die Blutgefässe, und zwar ist es das Endothel, welches besonders angegriffen wird,

bei den Blutgeschwülsten ist dies sehr deutlich zu sehen, aber auch bei Lupus ist diese Veränderung noch zu erkennen. — Ferner sind die neugebildeten, nicht stabilen Zellelemente der Haut, die der regressiven Metamorphose verfallen, während die stabilen Zellgruppen in und um den Herd zu neuer Thätigkeit angeregt werden. So ist es also klar, dass diesem Lichte eine elective Wirkung eigen ist: Zellschwund, Gefässobliteration und Narbenbildungstendenz auf der einen und Gewebsneubildung auf der anderen Seite. Während also das Glüheisen und die Aetzmittel gesundes und krankes Gewebe gleichmässig zerstören, hat die Lichtbehandlung eine auf das gesunde Gewebe conservirende Wirkung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 27, 1902.) Horovitz.

Behandlung der Syphilis mit Jodquecksilberkakodylat. Von Civatte und Fraisse.

Ab und zu ereignet es sich, dass Kranke die Quecksilbercur nicht vertragen, besonders herabgekommene, in ihrer Ernährung reducirte Patienten; ferner bei galoppirender und maligner Syphilis wird Quecksilber im Vereine mit Arsenpäparaten gut, ohne Arsen schlecht vertragen. Für derartige Ausnahmsfälle und wo neben Syphilis noch eine mit Arsen zu behandelnde Hautaffection besteht, haben die Vf. das genannte Mittel der Praxis zugeführt. Da aber Quecksilberkakodylat eine saure, reizende Lösung gibt, wurde noch Natr. jodat. hinzugefügt. Das Mittel ist von constanter Zusammensetzung, haltbar und kann steril aufbewahrt werden. Im Cubikcentimeter sind enthalten: 0·004 Hg. bijod., 0·004 Natr. bijod. und 0·03 Natr. cacodyl. 1—2 cm^3 können subcutan injicirt werden. — (Gaz. des hopit. Nr. 75, 1902.) Horovitz.

Eine neue Methode der Erysipelbehandlung. Von S. Tregubow.

Es handelt sich darum, die vom Rothlauf ergriffene Stelle einer Verbrennung ersten Grades auszusetzen, was dadurch bewirkt wird, dass ein mit Alkohol getränkter Baumwollpfropf angezündet und bis auf 1 cm Abstand der Haut genähert wird. Diese Procedur soll durch zwei Tage 2—3mal wiederholt werden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27, 1902.) Horovitz.

Arzneiliche Arsenintoxication. Von Dr. Rosenthal.

Bei einem 48 Jahre alten Patienten, der mit Lichen ruber planus behaftet war, trat nach Gebrauch von 525 asiatischen Pillen und 4·00 g Solut. Fowleri im Verlaufe von drei Monaten eine Intoxication mit folgenden Erscheinungen ein: Trockenheit im Halse, Durchfälle, Conjunctivitis, Ikterus, starkes Durstgefühl,

Heiserkeit, Brechreiz, Schwindel und Schlaflosigkeit. Ferner waren locale Erscheinungen, wie Dermatitis, Hautabschuppung, Keratosis palmae et plantae, Tylositäten circa anum, Pigmentationen und Schleimhautveränderungen. Nach Aussetzen des Arsens und Anwendung des Wasserbettes gingen alle Vergiftungssymptome zurück, bloss die Hautabschuppung währte noch monatelang. Da die erwähnten Gaben in der obbenannten Zeit nicht als gross bezeichnet werden können, so muss an Idiosynkrasie gegen Arsen gedacht werden. — (Sitzungsber. d. Berl. dermat. Gesellsch. Sitzung 6. Mai 1902.) Horovitz.

Der Lupus erythematodes. Von Dr. E. Holländer.

H. leugnet den Zusammenhang dieses Uebels und der Tuberculose; ja er lässt nicht einmal zu, dass der Lupus erythematodes das Exanthem einer fernen tuberculösen Herdaffection sei. Vielmehr handelt es sich um eine Affection der Talg- und Schweissdrüsen, und insoferne die Schleimhäute des Mundes ebenfalls ergriffen erscheinen, um eine Schleimdrüsenaffection. Somit nähert er sich dem Standpunkte der Wiener Schule. Welche besondere Veränderung in den Drüsen vorgeht, ob es sich um eine Invasion von Mikroorganismen von aussen handelt oder ob es eine genuine Erkrankung des Drüsenapparates ist, lässt er unentschieden. Therapeutisch wichtig ist die Methode von H. Es werden neben internen Gaben von 0·5 g Chinin. mur. o. sulfur. täglich dreimal, Pinselungen der erkrankten Stellen mit Jodtinctur vorgenommen. Es ist wichtig, beide Agentien nach H.'s Vorschrift einwirken zu lassen. Um die Toleranz des Organismus gegen Chinin zu erfahren, wird eine Probegabe von 0·06 g Chinin verabreicht. Abgesehen von Chininexanthemen sah H. keine schädliche Wirkung des Mittels. Die Jodpinselungen müssen sofort nach den Chiningaben gemacht werden. Die Mehrzahl der Patienten vertrug bis 60 g Chinin im Laufe einiger Monate. Die Heilung erfolgt nach Abschuppung der oberen Hautschichten und es bleibt entweder normale Haut oder eine atrophische Narbe, wie bei den Spontanheilungen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30, 1902.)
Horovitz.

Zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe. Von Dr. A. Blaschko.

Diese Behandlung bezieht sich nur auf die Frühfälle des Trippers, so lange keine eitrige Absonderung da ist und es sich nur um Schleimausflüsse mit vorwiegenden Epithelien und nur spärlichen Gonokokken handelt. B. spritze eine 2%ige Lapislösung

in die Urethra, die er $^1/_2$ Minute in derselben lässt und mit H_2O nachspült. Am nächsten Tage $^1/_2{}^0/_{00}$ige Lapislösung, ebenso am dritten Tage. Statt Lapis nimmt er jetzt 4% Protargol oder 1—2% Albargin. Da diese Lösungen nicht so schmerzhaft sind, wie die Lapislösungen, so wird kein Wasser nachgespritzt und die Arznei etwa 3—5 Minuten lang in der Harnröhre belassen. Die letzten Medicamente bieten den Vortheil, dass sie zum zweiten und dritten Male in derselben Concentration angewendet werden können. In 40% der Fälle gelang wohl die Abortivcur. Complicationen von Seite der benachbarten Organe wurden nicht beobachtet. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13, 1902.) Horovitz.

Die Hefe als Arzneimittel. Von Dr. H. Paschkis.

P. überzeugte sich, dass die Bierhefe, die käufliche Presshefe und die Schroder'sche Dauerhefe ohne Zuckerzusatz bei Furunculose, Akne und schwerer Folliculitis mit sehr gutem Erfolge zu gebrauchen ist. Wenn schon das Mittel nicht so sicher wirkt, wie Quecksilber bei Syphilis oder wie Chinin bei Paludismus, so ist es doch ein rasch wirkendes Arzneimittel. Nennenswerthe Schädlichkeiten sind bei dem internen Gebrauche der Hefe nicht beobachtet worden. Man reicht 1—2 Kaffeelöffel voll davon in kohlensaurem Wasser, Bier oder Milch. — (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 31, 1902.) Horovitz.

Ueber Pruritus localis nach internem Arsenikgebrauch. Von Dr. E. Doctor.

Nach interner Verabreichung von Arsenik bei Psoriasis vulgaris und Lichen ruber planus trat ein auf umschriebene Stellen beschränktes Jucken auf, welches mit Aussetzen der specifischen Behandlung schwand und mit der Fortsetzung der Behandlung wieder auftrat. Da gar keine örtlichen Ursachen für diesen circumscripten Pruritus ausfindig zu machen waren, musste das Jucken auf das Arsenik bezogen werden. Nähere Ursachen, ob das Arsen durch die Circulation zum Jucken führte oder erst durch die Schweissabsonderung, waren nicht festzustellen. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. 34, H. 8.) Horovitz.

Betrachtungen über das Jodipin. Von Dr. E. J. Feibes.

F.'s Erfahrungen sprechen sehr zu Gunsten des Mittels. Gute Dienste leistete das Mittel bei Syphilis maligna praecox und bei Syphilis des Mastdarmes; auch im Vereine mit Einreibungen bei gummösen Formen. Es wurde das 25%ige Präparat subcutan angewendet und, wie F.'s Erfahrung bestätigt, gut ausgewerthet.

Der grösste Theil des Jods wird durch den Harn und Speichel aus dem Körper ausgeschieden; durch die Fäces wird wenig, in dem Schweiss gar kein Jod ausgeschieden. Da der Speichel zum grössten Theile verschluckt wird, so kommt auch dieser Jodtheil dem Körper zugute. — (Dermatol. Zeitschr. Nr. 2—4, 1902; nach Dermatol. Centralbl.) Horovitz.

Ueber Natriummethylarseniat oder Archénal. Von A. Gautier.

Das in mineralischer Form einverleibte Arsen wird von den grossen mononucleären Zellen des Blutes aufgenommen und zu einem organischen Arsenkörper umgestaltet. Dieser Tendenz des Organismus kommen die Kakodylverbindungen entgegen, die hypodermatisch sehr gut einzuverleiben sind, intern verabreicht, jedoch den Magendarmcanal reizen. Das neue Mittel kann ohne Reizung des Magendarmcanals Monate hindurch angewendet werden, und zwar zu 5 cg pro Tag. Man lässt 4—5 Tage hindurch das Mittel nehmen und dann ebenso lange aussetzen. Die Indicationen für die Anwendung des Mittels sind dieselben, wie bei den bisher angewandten Arsenpräparaten. — (Bull. de l'academ. de méd. Nr. 8, 1902.) Horovitz.

Ein statistischer Beitrag zur Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten. Von Dr. R. Loeb.

Zunächst muss das Material einer Unterscheidung unterzogen werden: Positive Fälle sind solche, die zu Gunsten des Mittels, negative jene, die dagegen sprechen. Ein negativer Fall, d. h. ein solcher, der bei guter und genauer Anwendung des prophylaktischen Mittels dennoch einer Infection unterliegt, ist werthvoller als viele positive Fälle. Was die positiven Fälle betrifft, so können nur jene für die Statistik verwendet werden, welche seit Jahren in Beobachtung stehen und genau beobachtet sind und von denen uns bekannt ist, dass sie aus den Tripperinfectionen nie herauskommen und erst nach Anwendung dieses Mittels unversehrt von Infection blieben. (Doch auch hier gibt es noch Bedenken! Die Controluntersuchungen, Confrontation des Weibes ist ein unbedingt nothwendiger Behelf! Ref.) Als Prophylacticum gegen Gonorrhöe wurde in Anwendung gebracht: 1. 20% wässerige Protargollösung mit oder ohne Glycerin; 2. 2% Argentum nitricum-Lösung und 3. 2% Argent. nitr. in 2% Cocaïnum nitr.-Lösung aa partes aequales. In der ersten Gruppe sind unter 45 Fällen vier Infectionen vorgekommen. Dabei ereigneten sich einige Fälle (7), die mit heftigen Schmerzen reagirten; fünf mit profusen Eiterun-

gen. Die rein wässerige Lösung scheint weniger zu reizen, als die mit Glycerin versetzte. Mit dem zweiten Mittel wurden 32 Fälle behandelt, darunter zwei Infectionen. Auch hier einzelne Fälle mit starken Schmerzen und profuser Eiterung. Das dritte Mittel wurde bei 33 Fällen in Anwendung gebracht, darunter eine Infection. Das dritte scheint am wenigsten zu irritiren und ruft nur selten eine abundante Eiterung hervor. Was die Syphilisprophylaxe betrifft, so sind wir noch weit entfernt, ein Mittel zu besitzen, wie bei Gonorrhöe. Das Einreiben des Membrum mit grauer Salbe ante coitum ruft Ekzeme, besonders bei vorhandenem Präputium hervor und macht dadurch für die luetische Infection nur noch empfänglicher. — (Dermatol. Centralbl. Nr. 11, 1902.)

Horovitz.

Bromokoll bei Pruritus. Von Dr. Lanz.

Gleich Joseph konnte L. bei Pruritus mit Bromokoll sehr gute Erfolge erzielen. Bei einem neurasthenischen Patienten mit ausgebreitetem Pruritus konnte L. schon nach dem ersten Tage ein Nachlassen des Juckens constatiren; ebenso bewährte sich das Mittel bei Lichen simpl. chron., wo das Mittel für 24 Stunden Ruhe brachte. Selbst die Kratzeffecte heilen unter Bromokoll rasch ab. L. glaubt in Uebereinstimmung mit Joseph, dass unter der lösenden Einwirkung des alkalischen Schweisses Brom und Tannin frei werden und in statu nascendi zur Wirkung kommen. Gewöhnlich wurde nur eine 10%ige Salbe in Anwendung gezogen; seltener eine 20%ige. Schädliche Wirkungen waren nie zu bemerken. — (Wratsch.; nach Centralbl. f. Dermatol. Nr. 9, 1902.)

Horovitz.

Kinderheilkunde.

Ueber die Behandlung der tuberculösen Peritonitis bei Kindern. Von Thomas Morgan Rotch.

Vf. stützt sich auf Erfahrungen bei 69 Fällen (39 Knaben, 30 Mädchen). Im ersten Lebensjahr ist die Erkrankung selten, dann mit allgemeiner Tuberculose combinirt und gibt für chirurgische Behandlung wenig Chancen. Am häufigsten sind Kinder von $1^1/_2$ Jahren bis zu vier Jahren betroffen. Secundäre tuberculöse Peritonitis nach Lungen-, Darm- oder Lymphdrüsentuberculose findet sich häufiger, als die primäre Form. Wenn die Lunge oder ein anderes lebenswichtiges Organ der Sitz des primären Herdes

ist, so bietet die Laparotomie wenig Aussicht auf Nutzen. Primäre Tuberculose der Mesenterialdrüsen contraindicirt nicht die Laparotomie, während primäre Peritonealtuberculose dieselbe direct indicirt erscheinen lässt und darnach oft in völlige Heilung übergeht.

Zu unterscheiden sind solche Fälle, in denen sich dicke Adhäsionen und vorgeschrittene tuberculöse Läsionen ohne viel flüssiges Exsudat finden, von solchen, wo die Krankheit durch miliare Tuberkel und Ascites repräsentirt ist. Bei der ersteren Form soll, wiewohl die Prognose hier schlechter ist, die Laparotomie doch vorgenommen werden, weil in einer Anzahl von Fällen vollständige Heilung nach dem operativen Verfahren eintrat, wie es bei der zweiterwähnten Form oft der Fall war. Letztere gibt die beste Prognosis im Kindesalter für die Laparotomie.

Unter den beobachteten 69 Fällen waren solche besonders ungünstig, in denen die tuberculöse Peritonitis die Folge einer Tuberculose der Lungen oder eines anderen wichtigen Organes war. Die in Heilung ausgegangenen Fälle bestanden meistens aus solchen, bei denen wohl Ascites, doch keine vorgeschrittene Peritonealtuberculose gefunden wurde. Nur in wenigen Fällen haben directe Adhäsionen und vorgeschrittene Veränderungen bestanden.

Bis nun steht es noch nicht fest, eine wie lange Beobachtungszeit den Nutzen der Laparotomie erhärten könnte, doch die Zahl der beobachteten günstig beeinflussten Fälle empfiehlt die Operation, trotz des Vorkommens auch spontaner Ausheilung. — (Arch. of Pediatrics, Sept. 1902.)

Ueber die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlachstreptokokkenserum. Von Dr. Paul Moser.

Von der Ueberzeugung ausgehend, dass die bei Scharlach sich findenden Streptokokken eine eigene Art seien, immunisirte Vf. mit den aus dem Herzblut von verstorbenen Scharlachkranken gewonnenen Streptokokken Pferde. Wenn auch Versuche gezeigt haben, dass diese Scarlatinastreptokokken für Thiere nicht immer pathogen sind, so war doch ein Immunserum zu erwarten. Die Pferde wurden mit steigenden Dosen eines Gemisches lebender Streptokokkenculturen, die keinen Thierkörper passirt hatten, injicirt. Das Blut wurde erst nach monatelanger Behandlung den Thieren entnommen und ohne Carbolzusatz Scharlachkranken injicirt. Von 699 aufgenommenen scharlachkranken Kindern wurden 81 der Behandlung unterzogen. Die einmalige (manchmal

auch wiederholte) Serumdosis schwankte zwischen 30—180 cm^3, wobei die letztere Dosis jetzt meistens verwendet wird.

Die Mortalität bei den mit von Anbeginn als schwerer oder letaler Prognose zu bezeichnenden Fällen beginnt erst vom directen Krankheitstag (als Injectionstag) an und beträgt da 14·29%; am vierten Tage ist dieselbe 23·08, am fünften 40%, am siebenten 33$^1/_3$%, am achten und neunten 50%. Die Injectionen sollen möglichst frühzeitig gemacht werden.

Bei der Spitalsaufnahme wurden, um die Mortalitätsstatistik absichtlich ungünstig zu belasten, die schweren und schwersten Fälle bevorzugt und leichte und mittelschwere Fälle anderen Spitälern überwiesen. Obwohl mangels genügender Serumquanten nur 11·59% der aufgenommenen Fälle injicirt wurden, betrug die Mortalität, trotz der zweitgrössten Aufnahmszahl, nur 9%, gegenüber 13·09% der anderen Kinderspitäler.

Die klinische Beobachtung liess nach der Seruminjection eine rasche und günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens, bei früher Injection geringes Exanthem, Schwinden der Störungen des Centralnervensystems, Abfall der Temperatur, der Pulszahl und der Respirationsstörungen, Aufhören der eventuellen gastrointestinalen Symptome und günstige Beeinflussung der Erscheinungen der Herzschwäche erkennen. Starke Schwellungen des Nasenrachenraumes schwanden frühzeitig. Ob die Nephritis, sowie die eitrigen Ptitiden seltener vorkamen, bleibt fraglich. Eine Nephritis infolge der Injection kam nie vor. Pyämische Nachkrankheiten kamen ab und zu vor, nie jedoch chronische septische Intoxication. Wichtig ist die durch die Serumbehandlung abgekürzte Krankheitsdauer und die früh eintretende Reconvalescenz.

Normales Pferdeserum und Marmorek's polyvalentes Streptokokkenserum zeigten keine sichtbare Beeinflussung des Krankheitsbildes. Präventivinjectionen (10 cm^3) wurden an 39 Kindern gemacht, ohne dass sich über die Wirkung derselben ein abschliessendes Urtheil gewinnen liess. Serumexantheme kamen öfters, Gelenkschmerzen oder Abscedirung der Injectionsstelle selten vor.

Es geht aus den Versuchen hervor, dass das in Anwendung gebrachte Immunserum einen günstigen Einfluss auf den schweren Krankheitsprocess beim Scharlach ausübt und dass die gewonnenen Erfahrungen die Ansicht zu stützen geeignet sind, die Streptokokken wären die wirklichen Erreger des Scharlachs; dafür spricht auch, dass bei 99 untersuchten Fällen von Scharlachtad 63 mal Strepto-

kokken aus dem Herzblut gezüchtet werden konnten. Die Scarlatinastreptokokken unterscheiden sich auch von den bei anderen Krankheiten gefundenen; sie sind selten pathogen für Kaninchen und dann nur in grossen Mengen. Das therapeutisch verwendete Immunserum agglutinirt die zu seiner Herstellung verwendeten Scharlachstreptokokken in ganz differenter Weise, wie andere Stämme (Moser und Freih. v. Pirquet). — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 41, 1902.)

Hygiene und Krankenpflege.

Radfahren und Magenkrankheiten. Von Paul Ziegenhagen.

Beim Radfahren vereinen sich eine ganze Zahl von Factoren in der Wirkung auf Körper und Psyche und lassen nach vernünftigen, unter günstigen Bedingungen zurückgelegten Touren eine Euphorie empfinden, wie sie von der wohlthätigen Wirkung keiner anderen Körperübung erreicht wird. Neben diesem Wohlgefühl im Allgemeinen regt das Radfahren den Appetit in weit kürzerer Zeit, als etwa ein Spaziergang an, und dazu kommt der Vortheil, dass die Ermüdung weit geringer ist. Die gleichen Vorzüge gesellen sich zu dem Effect des günstigen Einflusses auf die Defäcation: hier ist es neben der vollständigeren Assimilation des Darminhaltes und der dadurch bedingten schnelleren Passage die Anregung der Peristaltik durch die active Bewegung im Freien und die Massage des Unterleibes, speciell des Rectums. Ein geradezu souveränes Mittel gegen Stuhlbeschwerden der Frauen nennt Flöel in Uebereinstimmung mit vielen anderen das Radfahren auf Grund einer Umfrage bei einer grösseren Zahl weiblicher Radfahrerinnen, welche übrigens auch den vorzüglichen Einfluss dieser Körperübung auf den Appetit bestätigten. Doch gibt es Ausnahmen. Fürbringer beobachtete Patienten, bei denen die Obstipation gerade zunahm; einige verloren sogar ihren chronischen Durchfall. Flöel erwähnt ein Analogon für die Beeinflussung des Appetits, wo nach grösseren Radtouren eine völlige Appetitlosigkeit eintrat. Das sind Ausnahmen. In der Regel kommt eine günstige Wirkung zustande.

Das Radfahren leistet diese Vortheile nur bei denjenigen Magenleiden, welche zu der Gruppe chronisch-functioneller Störungen gehören, deren Träger mehr zu der Kategorie von Erholungsbedürftigen, als zu derjenigen eigentlicher Kranker zu zählen sind. Zu verbieten ist das Radfahren bei Magenkrebs. Gleichermassen

abzurathen, wenn nicht geradezu zu verbieten, ist das Radfahren bei Magengeschwür. Wenn auch mancher Patient dieser Kategorie eine Besserung seiner Beschwerden erfahren haben will, so bleibt die Gefahr einer Magenblutung bei der Wirkung der hier vor sich gehenden Bauchmassage und der Möglichkeit eines Sturzes viel zu gross, als dass man sie um unsicherer Vortheile herausfordern sollte. Kaum in Frage kommt das Radfahren beim acuten Magenkatarrh. Eher kann das Rad bei chronischer Gastritis, sofern diese für sich, beispielsweise als Säuferkatarrh, besteht und ihren Träger mehr in die Kategorie der Halbkranken weist, Besserung bringen. Sicherlich heilsam wirkt die Cyklotherapie bei den nervösen Magenkrankheiten ohne concurrirende wesentliche Entzündungsprocesse, mögen sie nun allein den krankhaften Zustand ausmachen oder eine Theilerscheinung der Neurasthenie sein. Es mischen sich auch Misserfolge ein, bei der Dyspepsia nervosa und namentlich bei der Dyspepsia acida. Im Grossen und Ganzen überwiegen aber die erspriesslichen Resultate. — (Die Krankenpflege, H. 2, 1902.)

Ueber die Nothwendigkeit einer vorbeugenden Haarpflege bei acuten Infectionskrankheiten. Von Iwan Bloch.

Die letzte Ursache der häufigsten und gefährlichsten Form des Haarausfalles: der seborrhöischen Alopecie, Alopecia pityrodes, welche aus einer Seborrhöe, einer Pityriasis des Kopfes sich entwickelt und nach Unna's Untersuchungen über das seborrhöische Ekzem fast immer als eine Localisation dieser Affection auf dem behaarten Kopfe sich darstellt, ist mit grösster Wahrscheinlichkeit eine parasitäre, obgleich es bisher noch nicht gelungen ist, mit Sicherheit die Natur der Erreger des seborrhöischen Ekzems festzustellen. Desto genauer kennt man gewisse Einflüsse, welche den Boden für die Entwicklung einer Seborrhoea capitis vorbereiten. Hieher gehören vornehmlich die ererbte Disposition, ferner geistige Ueberanstrengungen und geistige Erkrankungen, schwächende Einflüsse allgemeiner Natur, wie Blutverlust, Blutarmuth, geschlechtliche Excesse, vielleicht auch die Einwirkung gewisser Gifte, und sodann mechanische Einwirkungen, wie allzu scharfes Bürsten oder anhaltender Druck der Kopfbedeckung, chronische Infectionen, besonders Syphilis, und acute Infectionskrankheiten. Man kann symptomatischen Haarausfall bei acuten Ausschlägen als eine Wirkung giftiger Substanzen auf die Kopfhaut auffassen, wobei das Fieber und die Blutüberfüllung Auflockerung der Oberhaut zur Folge haben können, an die sich eine leichte Abschilferung

und Schuppung dieser anschliesst. Mit dem Aufhören der Wirksamkeit der Krankheitsgifte hört auch die Schädigung der Kopfhaut auf, der fast immer allgemeine Haarausfall hört auf und es pflegt zunächst ein vollkommener Ersatz einzutreten. Diese völlige Wiederherstellung ist aber häufig nur eine scheinbare, indem als Folge der Infectionskrankheit und ihrer Wirkung auf den behaarten Kopf eine Seborrhöe zurückbleibt, an die sich, seltener in subacuter, meist in chronischer Form, eine typische Alopecia pityrodes anschliesst.

Vf. theilt einen Fall mit, in welchem bei einem Kranken im Anschlusse an Scharlach eine Pityriasis capitis auftrat. Vor Beginn des Scharlachs will der Kranke keinerlei Erscheinungen von Haarausfall wahrgenommen haben; erst während der Krankheit zeigte sich eine leichte Abschuppung der Kopfhaut, die in den letzten Wochen zunahm. Dann hat plötzlich ein ausserordentlich starker Haarausfall eingesetzt. Eine zweckmässige Behandlung während des Scharlachfiebers, sagt Vf., hätte die Entwicklung einer Seborrhöe der Kopfhaut verhindern und damit auch einer Alopecie vorbeugen können. Unna's Mahnung, dass der Arzt auf die Kopfhaut seiner von acuten Exanthemen befallenen Kranken achten müsse, kann nicht ernst genug genommen werden, zumal da die seborrhöische Alopecie auch den übrigen Körper bedroht, durch Uebergreifen des seborrhöischen Ekzems auf diesen. Eine vorbeugende Haarpflege während des Verlaufes der acuten Infectionskrankheiten, wie Scharlach, Masern, Pocken, Typhus, Kindbettfieber, ist deshalb von grösster Bedeutung für die Erhaltung eines kräftigen Haarwuchses. Die zur Auflockerung, Abschuppung und übermässiger Verhornung neigende Kopfhaut muss mindestens zweimal in der Woche durch eine milde Seifenwaschung gereinigt, danach mit schwachen antiseborrhöischen Salben, mit 1—2% iger Schwefel- oder Resorcinsalbe eingefettet werden. Diese vorbeugende Haarpflege ist noch mehrere Monate nach dem Ablaufe der Infectionskrankheit fortzusetzen. Würde man ganz allgemein diese sehr leicht auszuführenden Massregeln bei jedem an einer acuten fieberhaften Affection Erkrankten anwenden, so würde eine der Hauptquellen des späteren Haarausfalles verstopft werden. — (Die Krankenpflege Nr. 9, 1902.)

Kleine Mittheilungen.

Beobachtungen über die Wirkung des Heroins. Von Dr. J. Grinewisch. Die eigenen Erfahrungen des Vfs. umfassen ein Material von circa 2000 Fällen, in denen das Heroin zur Anwendung gelangt ist. Dasselbe wurde nur Erwachsenen gegeben. Der jüngste Patient war 18, der älteste 94 Jahre alt. Die geringste Dosis betrug 0·0025, die grösste 0·01 g. In der Mehrzahl der Fälle wurde die Dosis von 0·005 g eingehalten. Das Mittel wurde gewöhnlich gut vertragen. Von Nebenerscheinungen wurden in 4% der Fälle Uebelkeit und ab und zu Kopfschwindel beobachtet. Die Wirkung des Heroins stellte sich gewöhnlich innerhalb 10—15 Minuten ein. Eine Gewöhnung tritt nicht leicht ein. Zwei Patienten mit Lungentuberculose nehmen das Mittel mit kleinen Unterbrechungen nunmehr fast drei Jahre ein, ohne dass bis jetzt die Dosis gesteigert werden musste. In den beobachteten Fällen tritt in erster Reihe die hustenstillende Wirkung des Mittels hervor. Bei acuter Bronchitis wirkt das Mittel ausgezeichnet. Bei chronischer Bronchitis milderte es den Husten und das Asthma, wenn auch nicht so auffallend, wie bei acuter Bronchitis. Unter 60 Fällen von Lungentuberculose hat Heroin in drei Fällen gar nicht, in fünf Fällen sehr wenig gewirkt. In allen übrigen Fällen wurde der Husten beruhigt; oft verschwanden die Nachtschweisse. Bei katarrhalischer Influenzaform wirkte das Mittel eben so gut, wie bei acuter Bronchitis. Bei Stauungsbronchitiden auf der Basis von Herzfehlern brachte Heroin sehr wenig Nutzen; durch gleichzeitige Verordnung von Digitalis konnte auch hier ein günstiges Resultat erzielt werden. Auch bei Pleuritis sicca zeigte sich guter Erfolg. Dagegen blieb die Wirkung bei Ischias gewöhnlich aus. Bei Asthma, welches durch Erkrankungen der Athmungsorgane bedingt ist, wirkt Heroin vorzüglich. Bei allen anderen Asthmaformen ist seine Wirkung weniger sicher. In therapeutischen Dosen übt das Heroin gar keine Wirkung auf das Herz und das Blutgefässsystem aus. — (Allg. med. Centralztg.; Therap. Monatsh.)

Die Kartoffelcur des Diabetes mellitus empfiehlt Mossé (Bullet. de l'acad. de méd.). Er gibt 500—3000 g, im Durchschnitt 1000—1500, oder $2^1/_2$—3 mal so viel, als Brot für den betreffenden Fall erlaubt wäre. Der Vortheil dieser Diät erhellt aus den chemischen Bestandtheilen der Kartoffel gegenüber dem Brot, nämlich Wasser 73% (Brot 36·5), Eiweiss 2·8 (Brot 7),

Fett 0·2 (0·2), Kohlehydrate 23·2 (55·3), Salze 0·8% (1%); in der angegebenen Dosis erhält der Diabetiker also sechsmal so viel Wasser und beinahe dreimal so viel Salze in Gestalt der Kartoffeln, als er im Brote gehabt hätte. Diese Salze sind meist Kalisalze, und da diese im Organismus zu Kaliumcarbonaten umgesetzt werden, so bietet die Kartoffel eine Art natürlicher Alkalitherapie. Natron ist nach sonstigen Erfahrungen weniger wirksam. Vf. hat 20 Diabetiker dem Kartoffelregime unterworfen und hat nur einen Misserfolg erlebt. Bei allen übrigen, ausser dem einen, stellte sich rasche subjective Besserung ein, in staunenerregender Weise verminderte sich der Durst und die Zuckerausscheidung, selbst bis zum Schwinden des Zuckers. In einem Falle verminderte sich auch der bestehende Eiweissgehalt des Urins. Merkwürdigerweise wurde auch die Wundheilung bei einigen chirurgischen Diabetesfällen in deutlicher und ungeahnter Weise begünstigt. Von der Behandlung mit Bierhefe oder mit Pankreas hat Vf. nie Erfolge gesehen. Die durch Kartoffeldiät gebesserten Patienten wurden auch durch eine Cur in Vichy günstig beeinflusst; der eine refractäre Fall stieg dagegen in Vichy auf den doppelten Zuckergehalt. Die Kartoffeldiät wirkt nach alledem, wenn auch nicht ausnahmslos, so doch in der Regel günstig auf den Diabetiker. (Wien. med. Presse.)

Tetanus nach Gelatineinjectionen. Vor einiger Zeit theilten Hochhalt und v. Herczel einen Fall von Tetanus mit, der sich nach der subcutanen Injection einer 2% igen Gelatinelösung ereignet hatte. Seither sind vier neue Fälle veröffentlicht worden. Im ersten Falle von Gerulanos handelte es sich um eine mit Larynxcarcinom behaftete Frau, welcher 4 g Gelatine in 200 g Wasser als Prophylacticum gegen die Blutung injicirt worden waren. Die Lösung war vorher sterilisirt worden und die Injection wurde mit allen erforderlichen Cautelen vorgenommen. Nach einigen Tagen zeigte sich eine Hautnekrose an der Injectionsstelle und nach Ablauf einer Woche brach ein äusserst heftiger Tetanus aus, der in 24 Stunden zum Tode führte. Tetanusbacillen konnten nicht gefunden werden. Die gleiche Gelatinelösung war zur gleichen Zeit bei anderen Kranken ohne Nachtheil angewendet worden. Im zweiten, von Georgi beobachteten Falle, war die Gelatineinjection zur Bekämpfung einer traumatischen Leberblutung gemacht worden. Sechs Tage später brach der Tetanus aus und der Kranke starb nach 48 Stunden. Der an der Injectionsstelle vorhandene Eiter enthielt keine Tetanusbacillen; ein Kaninchen, welches aber mit

demselben inoculirt wurde, ging an Tetanus zugrunde. Die zwei letzten Fälle wurden auf der Abtheilung von Eiselsberg von Lorenz beobachtet. Im ersten Falle wurden 200 g einer 1% igen Gelatinelösung gegen profuse Blasenblutungen injicirt: Tetanus nach sechs Tagen, Tod nach 48 Stunden. Im zweiten Falle hatte man Gelatine gegen eine postoperative Blutung nach Rectumexstirpation injicirt; der Tetanus brach ebenfalls nach sechs Tagen aus und führte in 48 Stunden zum Tode. Lorenz nimmt die Existenz eines Tetanus-Toxins in der Gelatine an, da Bacillen nicht constatirt werden konnten. — (Semaine médic.; Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte.)

Pambotano ist die Rinde einer in Mexico einheimischen Leguminose, Pambotano genannt, die als Ersatz von Cort. chinae gegen Malaria, Typhus, Grippe u. s. w. Anwendung findet. Das Decoct, 70—90 g, auf 1 l und 500 g eingedampft, wird in Dosen zu 12 g gegeben. — (Ph. P.)

Heilung von Magengeschwür mit Xeroform hat Dieminger (Allg. med. Central-Ztg.) in drei Fällen zu verzeichnen gehabt. Er verordnete: Xeroform viermal täglich 0·5 in Oblaten, Eisblase auf die Magengegend, Vormittags ein Nährklysma und per os 2—3 Tassen kalte Milch täglich. (Abends eine Morphininjection, um für entsprechende Nachtruhe zu sorgen. — (Therap. Monatsh.)

Ueber die Ausscheidung des Aspirins. Von Dr. E. Filippi und Dr. G. Nesti. Untersuchungen an Menschen und Thieren berechtigen die Vf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Das per os eingeführte Aspirin wird langsamer als salicylsaures Natrium sowohl im Harn, wie in der Gelenksflüssigkeit ausgeschieden. 2. Die Ausscheidung in die Gelenkshöhlen ist beim Aspirin grösser, als beim Natriumsalicylat. 3. Da Aspirin nicht schädlich ist, kann man während langer Zeit den Organismus durch Darreichung starker Aspiringaben unter dem Einflusse des Medicamentes halten. — (Therap. Monatsh.)

Pankreon, in der Fabrik Rhenania in Aachen hergestellt, empfiehlt Loeb (Münch. med. Wochenschr.) zur Behandlung der Achylia gastrica. Das Mittel hat vor dem früher fabricirten Pankreatin den Vorzug, bis zu fünf Stunden gegen den sauren Magensaft widerstandsfähig zu bleiben, so dass die Wirkung des Enzyms nicht zerstört wird. Die Dosis beträgt für Erwachsene dreimal täglich 0·5 in Pulver oder Tabletten, kurz vor der Mahlzeit oder

während derselben, für Kinder 0·1—0·15. Unter 13 Fällen von Achylia gastrica hat Vf. neunmal erhebliche Besserung in Bezug auf die subjectiven Beschwerden und auf die Störungen der Stuhlentleerung, sowohl auf Diarrhöe, wie auf Verstopfung, erzielt. In zwei der Fälle zeigte sich auch eine Wiederkehr der HCl-Secretion. Als Ursache der Achylie wurden angesehen: Alkoholismus, massloser Gebrauch von Purgantien, nervöse Störungen (viermal) und einmal mit Wahrscheinlichkeit Carcinom. — (Deutsche Aerzte-Ztg.)

Subcutane Injectionen von Arsenik bei der Therapie der Phthise. Von Cybulski. Die Versuche wurden in der Brehmer'schen Heilanstalt zu Görbersdorf gemacht, und zwar an Kranken, deren Lungenerkrankung noch nicht zu weit vorgeschritten war. Bei allen Patienten bestand ein subfebriler Zustand, deswegen war Gelegenheit geboten, gleichzeitig die Wirkung der Injectionen auf die Temperatur zu beobachten. Folgende Lösung wurde zu den Injectionen verwendet: Natr. arsenicosi 0·2, Sol. acid. carbolic. ($^1/_2$%) 20·0. Die Einspritzungen wurden mit einem Theilstrich einer Pravaz'schen Spritze begonnen, dann ging man, anfangs täglich, in der Folge jeden zweiten Tag um 0·1 g vorwärts, so dass man in etwa 14 Tagen bei einer ganzen Spritze angelangt war. Im Ganzen wurden 20 Einspritzungen gemacht. War Erfolg da, so wurde die Cur nach 2—3 Wochen in derselben Weise wiederholt. Die Lösungen sind im Allgemeinen nicht schmerzhaft, nur muss man darauf achten, dass die Lösung warm sei. Vf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu nachstehenden Schlussfolgerungen: 1. Auf die Temperaturerhöhung wirkt die arsenige Säure, in obiger Form angewendet, zweifellos herabsetzend, wenn auch die Erniedrigung nicht von Dauer ist. 2. Das Körpergewicht nimmt meistens zu, wenn auch nicht immer in grossem Masse, doch ist stets eine Besserung nach dieser Richtung zu verzeichnen. 3. Auf den Appetit wirkte die arsenige Säure fast stets günstig ein, wenn auch nicht in dem Masse, wie bei innerlicher Verabreichung. Wahrscheinlich entfällt hier die directe Reizung der Schleimhaut des Magens. 4. Auf das subjective Befinden war die Wirkung stets günstig. 5. Der Darm wird nicht beeinflusst. Diarrhöen, wie sie häufig bei innerlicher Darreichung beobachtet werden, werden hier nicht wahrgenommen. 6. Häufig war eine günstige Wirkung auf die Schweisse zu constatiren. 7. Eiweiss im Urin konnte niemals nachgewiesen werden, es lag also nie eine Reizung der Nieren vor.

8. Auf die Herzthätigkeit wurde kein Einfluss constatirt. 9. Auf den Process in den Lungen dagegen scheint die arsenige Säure geradezu keine Wirkung auszuüben. — (Münch. med. Wochenschr.; Med. Blätter.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Glykosal, Mono-Salicylsäure-Glycerinester, bildet ein weisses Krystallpulver, das bei 76° C. schmilzt, sich in kaltem Wasser zu etwa 1%, in heissem Wasser ausserordentlich leicht löst; auch in Alkohol ist das Präparat leicht löslich, während es von Aether und Chloroform etwas weniger leicht aufgenommen wird. Mit Glycerin ist das Glykosal mischbar; von Alkalien und kohlensauren Alkalien wird der Ester sehr leicht verseift. Das Glykosal besitzt die antiseptischen und antirheumatischen Eigenschaften der Salicylsäure und findet an Stelle anderer Salicylate Verwendung, da es vor diesen den Vorzug besitzt, den Magen weit weniger zu belästigen und nur selten Ohrensausen hervorzurufen. Die Wirkung des Glykosals wird allgemein als eine eminent antirheumatische beschrieben: locale Pinselungen mit einer 20%igen, alkoholischen Lösung hatten bei acutem Gelenksrheumatismus prompte Resorption zur Folge und es trat bei dieser Art von Einverleibung in jedem Falle nach 12—15 Stunden eine deutliche Salicylsäurereaction im Harne auf. Das Fieber und die Schmerzen werden durch die ausschliessliche Anwendung von Glykosal in derselben günstigen Weise beeinflusst wie durch andere Salicylate, doch sind zur Erzielung einer raschen Wirkung grosse Dosen (60·0—120·0 g) der 20% igen alkoholischen Lösung nöthig. Innerlich genommen, wirkt das Glykosal, in grossen Dosen von 10·0—12·0 g täglich verabreicht, auf dieselbe Art, wie bei der percutanen, epidermalen Anwendung. Wiewohl bei den erwähnten Dosen im Allgemeinen keinerlei Erscheinungen von Salicylintoxication zu bemerken sind, so dürfte doch diese Belastung des Magens durch eine bequemere Darreichungsform vermieden werden, durch die Rectalapplication. Die Einpinselung und Rectaleinführung erfüllen bei Gelenksaffectionen vollkommen ihren Zweck und können in den nicht seltenen Fällen, in welchen die interne Einführung von Natriumsalicylat unthunlich ist, gute Dienste leisten. Besonders wohlthätig wird die Wirkung der äusseren Application von Glykosal bei Gonitis serosa geschildert, ebenso lässt sich bei Cystitis eine

deutliche Desinfectionswirkung des Glykosals constatiren. Man kann das Glykosal nach folgenden Formeln verordnen:

Rp. Glycosali 0·5
Dtr. tal. dos. Nr. XX ad chartas amylaceas
S. ½—1—2—3stündlich ein Pulver zu nehmen und natürliches oder künstliches Mineralwasser nachzutrinken, bis Schweissausbruch erfolgt.

R. Glycosali 30·0
Alcoholi puri 120·0
D. S. Aeusserlich auf die Gelenke aufzupinseln.

Rp. Glycosali 4—6—10·0
Mucilaginis gummi arabici
Aq. destill. āā 100·0
Tinct. opii simpl. gtts. V—X—XX
M. D. S. Gut umgeschüttelt für zwei Klystiere zu verwenden.
(E. Merck, Jahresbericht.)

Rodagen, der Chem. Werke Charlottenburg, wird aus der Milch entkropfter (thyreoidektomirter) Ziegen dargestellt. Es enthält den wirksamen Körper in concentrirter Form und gelangt in den Handel mit 50 % Milchzucker vermischt, als weisses, wohlschmeckendes Pulver von unbegrenzter Haltbarkeit. Angewendet wird es nach Burghart und Blumenthal bei Morbus Basedowii. Die Dosis beträgt 5—10 g täglich. (Ph. P.)

Bei Ekzema ani:

Rp. Camphor. pulv. 1·0
Flor. zinci, Mag. bismuth. āā 15·0
Talc. venet. 40·0
M. f. pulv. subtiliss. D. S. Streupulver.

Bei Kardialgie:

Rp. Antipyrini, Tinct. nuc. vom. āā 8·0
Tinct. capsic. 2·0
Tinct. gent. 120·0
D. S. Im Schmerzanfalle ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Zur Verhütung von Decubitus:

Rp. Balsam. peruv. 1·0
Guttaperch. 4·0
Chloroform. 30·0
D. S. Zum Einpinseln.

Bei Gichtanfällen:

Rp. Colchicini Merck 0·03
Extr. liquirit., Pulv. liquirit. āā 1·50
M. f. pilul. Nr. XX. D. S. Innerhalb zweier Tage drei bis vier Pillen zu nehmen.

Bei heftigem Erbrechen:

1. Rp. Cocaïn. mur. 0·1
Syr. aether., Syr. codeïn. āā 30·0
Aq. chloroform., Aq. menth. āā 50·0
D. S. Stündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Extr. coc. fluid. 30·0
Natr. carbon. 2·0
Aq. melissae 100·0
Tinct. chin. compos. 20·0
D. S. Stündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Bei schlechtheilenden Wunden:

1. Rp. Calomelanos
   Zinc. oxyd. } āā 1·0
   Amyl. pur. 2·0
   Vasel. boric. 26·0

   M. f. ungt. D. S. Wundsalbe.

2. Rp. Camphor. trit. 0·3
   Liq. plumb. acet. 2·0
   Ol. olivar. 3·0
   Ungt. merc. praec. alb. 30·6

   M. f. ungt. D. S. Salbe.

Bei Pruritus vulvae:

1. Rp. Atropin. sulfur. 0·03
   Aq. boric. 25·0

   D. S. Ein in diese Lösung getauchtes Flanellläppchen in die Vulva einzulegen.

2. Rp. Acid. boric. 8·0
   Acid. carbol. liquefact. 4·0
   Morph. mur. 0·6
   Vaselini 60·0

   M. f. ungt. D. S. Mehrmals täglich einzusalben.

Bei aufgesprungenen Händen:

1. Rp. Mentholi 1·5
   Saloli 2·0
   Ol. olivar. 3·0
   Lanolini 50·0

   D. S. Dreimal täglich einzureiben.

2. Rp. Tinct. benzoes compos. 0·5
   Spir. vin. gall. 7·5
   Aq. rosar. 1·5
   Glycerini 30·0

   D. S. Nach dem Waschen einzureiben.

Bücher-Anzeigen.

Die Störungen der Geschlechtsfunctionen des Mannes. Von Prof. Fürbringer in Berlin. Zweite, zum Theil neubearbeitete Auflage. Mit 16 Abbildungen. Verlag von Alfred Hölder, Wien 1901. Preis Mk. 5·60.

Das Gebiet, welches in diesem Buche behandelt wird, ist nicht gross, doch fordert dasselbe gute Kenntnisse auf verschiedenen Gebieten der Medicin; der Arzt, der hier erfolgreich thätig sein will, muss in der internen Medicin, Neurologie und Urologie gut bewandert sein, ausserdem muss er auch manuell geschickt sein. Fürbringer besitzt diese Eigenschaften in eminenter Weise, als Schriftsteller ist ihm eine eigenthümliche Darstellungsweise eigen, welche den Leser vom Anfang bis zum Ende fesselt, mag der Gegenstand, den er behandelt, welcher immer sein. Fürbringer berücksichtigt überall die Anschauungen anderer Autoren, aber an jede Frage tritt er mit grosser Selbständigkeit heran und Alles, was er schreibt, trägt individuelles Gepräge. In dieser Weise sind nach anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen in drei grossen Capiteln die krankhaften Samenverluste, die Impotenz, die Sterilität des Mannes behandelt. Die Therapie ist sehr eingehend dargestellt; der Arzt kann dem Verfasser, der auf Grundlage grosser Erfahrung seinen Rath ertheilt, getrost folgen. Druck und Ausstattung sind vorzüglich.

Die thierischen Parasiten des Menschen. Ein Handbuch für Studirende und Aerzte. Von Prof. Dr. Max Braun in Königsberg. Mit 272 Abbildungen im Text. Dritte, vermehrte und verbesserte Auflage. A. Stuber's Verlag, 1903.

Die Aerzte werden gewiss dem Autor für die Darstellung dieses für sie wichtigen Capitels der Pathologie Dank wissen. Das Werk schildert alle bekannten thierischen Parasiten des Menschen und behandelt auch eingehend die parasitischen Protozoen. Vorzügliche Abbildungen erhöhen das Verständniss und werden dem Studirenden das Erkennen der Parasiten in ihren verschiedenen Entwicklungszuständen wesentlich erleichtern. Wir können das vorzüglich ausgestattete Werk den Aerzten bestens empfehlen.

Lehrbuch der speciellen Pathologie und der speciellen pathologischen Anatomie. Von Prof. Dr. Hugo Ribbert in Marburg. Mit 474 Textfiguren. Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1902. Preis Mk. 18.

Der Zweck des Verfassers war dem Studirenden alles Nothwendige aus der Pathologie und pathologischen Anatomie in prägnanter, übersichtlicher Form darzubieten, den Nachdruck zu legen auf eine möglichst eingehende Schilderung derjenigen Veränderungen, welche die häufigsten und wichtigsten sind. Man kann sagen, dass dieser Zweck vollständig erreicht ist. Wir wollen hinzufügen, dass die Schilderung der Veränderungen der Organe bei aller Kürze eine sehr gründliche und deutliche ist und dass bei der hübschen Darstellungsweise der Studirende sich mit Leichtigkeit alles Wissenswerthe aneignen kann. — Die Figuren, deren geringerer Theil dem Birch-Hirschfeld'schen Werke entnommen ist, sind vorzüglich. Druck und Ausstattung sind ausgezeichnet.

Grundriss der Arzneiverordnungslehre mit besonderer Berücksichtigung der Arzneidispensirkunde für Studirende und selbstdispensirende Aerzte. Von Prof. Dr. A. Jaquet in Basel. Verlag von Benno Schwabe, Basel 1902.

Verfasser hat das Buch hauptsächlich für Aerzte geschrieben, welche eine Hausapotheke führen und die verordneten Arzneien selbst dispensiren. Aber mit Recht betont der Verfasser, dass diese Kenntnisse für jeden Arzt von Wichtigkeit sind. Die meisten Aerzte zeigen eine grosse Unbeholfenheit in der Verordnung der Arzneien zum Nachtheile der Kranken und zu ihrem eigenen Nachtheile. Diesem Uebelstande könnte nur durch eine praktische Ausbildung der Aerzte im Dispensiren der Arzneien abgeholfen werden. Dem Mangel einer solchen Ausbildung sucht dieses Buch abzuhelfen; es enthält Alles, was der Arzt bei der Verordnung der Arzneien wissen soll. Druck und Ausstattung sind vorzüglich.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.



Gicht und harnsaure Diathese.

Von Dr. Th. Robert Offer.

In der ersten Hälfte des verflossenen Jahrhunderts, bis über die Mitte desselben hinaus, war die Gicht eine im Osten Europas wenig gekannte, im Westen häufig beobachtete Krankheit. Im Laufe der Zeit haben sich die Fälle zusehends auch in jenen Gegenden gemehrt, in welchen ein Gichtfall zuvor eine Seltenheit war. Worauf ist diese Zunahme zurückzuführen? Strümpell glaubt, dass man erst jetzt der Gicht mehr Aufmerksamkeit zuwendet und sie deshalb häufiger als früher kennt. Meine Ansicht geht dahin, dass die Lehre der uratischen Diathese die Veranlassung dazu bot, Krankheitserscheinungen, welche einen gemeinsamen Charakter hatten, bei welchen vor Allem gewisse subjective Symptome hervorstechen, mit einer Stoffwechselstörung in Zusammenhang zu bringen, welche für die Gicht als Hauptursache gilt. Es ist dies das Verhalten der Harnsäureausscheidung. Ob die Harnsäureausscheidung geeignet ist, die Diagnose zu begründen, daran möchte ich nach meinen eigenen Beobachtungen und nach all dem, was ein eingehendes Studium der Harnsäurefrage lehrt, zweifeln. Hingegen stimmen Aetiologie, Symptome, Verlauf, besonders das Verhalten dieser Fälle gegen die therapeutischen Massnahmen so sehr überein, dass man zwanglos eine gleichgeartete Störung für die Gicht im engeren Sinne und für jene Erkrankungsformen, die mit dem Namen uratische Diathese belegt werden, annehmen kann.

Wie v. Noorden sagt, hat die Forschung in den letzten Decennien sich mit fast erschreckender Einseitigkeit nur mit den Beziehungen der Harnsäureausscheidung zur Gicht beschäftigt.

Insolange es nicht gelingt, die wahre Ursache für diese Störungen zu finden, müssen wir uns an die bestehenden Ansichten halten, um aus ihnen die Begründung unserer Therapie, der Diätetik insbesondere, abzuleiten.

Die Harnsäure bildet seit ihrer Entdeckung durch Scheele in den Blasensteinen den Mittelpunkt der Ueberlegungen und

Hypothesen über die Gicht im Besonderen und die uratische Diathese im Allgemeinen.

Zum besseren Verständniss des derzeitigen Standes wird es zweckmässig sein, die Entwicklung der Harnsäurefrage eingehender zu besprechen.

Die Harnsäure ist ein constanter Bestandtheil im Harne des Menschen, sowie der Pflanzenfresser, während sie bei den Fleischfressern häufig vermisst wird. Den weitaus überwiegenden Theil aller stickstoffhältigen Stoffwechselendproducte macht die Harnsäure in den Excreten der Vögel und Reptilien aus.

Ueber ihr Vorkommen in anderen Flüssigkeiten und in Organen reichen die Angaben bis in die Zeit ihrer Entdeckung zurück. Das Hauptinteresse wird sich natürlich dem Blute zuwenden. Garrod hat sowohl im Blute selbst, als auch im wässerigen Auszuge des eingedampften Blutes die Gegenwart der Harnsäure nachgewiesen. Die Angaben über die Grösse des Harnsäuregehaltes daselbst schwanken, ja es wird sogar von einigen ihre Anwesenheit im Blute des gesunden Menschen geleugnet (v. Jaksch, Klemperer). Ebenso treffen wir auf Angaben, welche die Gegenwart der Harnsäure in Organen, Milz, Lunge, Leber (Cloetta, Abeles) behaupten, während Stadthagen zu dem gegentheiligen Schlusse gelangte.

Dass das Hauptaugenmerk auf die Vermehrung im Blute jener Krankheiten gelenkt wurde, welche nach der allgemeinen Ansicht oder thatsächlich mit einer vermehrten Harnsäureausscheidung einhergehen, ist wohl selbstverständlich. So wurde im Blute Leukämischer eine nicht unbedeutende Vermehrung von verschiedenen Seiten beobachtet; die Rolle, welche die Harnsäuremenge im Blute von Gichtkranken, namentlich im Anfalle, und das Auftreten von Harnsäure in den verschiedenen Geweben, spielen, soll einer späteren eingehenden Erörterung vorbehalten bleiben.

Die Ausscheidungsgrösse ist nicht nur individuellen Schwankungen unterworfen — von besonderem Einflusse scheint das Alter zu sein (Tono) — sondern zweifellos von der Nahrung in hohem Grade abhängig. Es ist daher sehr verfehlt, aus geringen Abweichungen von der obersten und untersten Grenze im speciellen Falle auf Grund kurzer Beobachtungen auf eine Vermehrung oder Verminderung zu schliessen, wie Schreiber in seiner Monographie über die Harnsäure ausdrücklich betont. Betrachten wir

nur die oberste und unterste Grenze der als normale Harnsäurewerthe angegebenen Zahlen (0·39—2·0 g), so wird es als gewagter Schluss anzusehen sein, aus geringen Abweichungen sofort auf eine Störung des Harnsäurestoffwechsels zu combiniren. *)

Nach Schreiber ist der Einfluss der Ernährung früher wohl stets, aber doch auch heute noch oft genug überschätzt worden, zum Theil auf Grund falscher Berechnungen. Ich glaube bei einer genaueren Durchsicht des vorliegenden Beobachtungsmateriales, von dem immer noch ein ganz stattlicher Rest erübrigt, wenn man die nicht ganz eindeutigen absondert, kann man sich dem immerhin erheblichen Einfluss der Nahrung nicht verschliessen. Reine Fleischkost führt zu einer, gegenüber vegetabilischer Kost, deutlichen Vermehrung. Zur Erklärung dieser Thatsache wurde der Einfluss des Eiweissumsatzes auf die Harnsäureproduction herangezogen, eine Erklärung, die wohl nicht stichhältig ist, da Laquer und Umber, sowie vor Kurzem auch Vf. selbst bei reichlicher Eiweisszufuhr, wie sie eine absolute Milchdiät bedingt, dabei eine Verminderung der Harnsäureausscheidung sahen, wie sie auch Hess und Schmoll bei ihren Versuchen mit Eierfütterung fanden.

Es kann also nicht die Grösse des Eiweissumsatzes den für die Vermehrung der Harnsäure bestimmenden Einfluss haben.

Zu den gleichen Resultaten gelangten Rosenfeld und Bornstein bei den Caseïnpräparaten.

Der Grund der grösseren Harnsäureausscheidung bei Fleischkost muss demnach anderwärts gesucht werden. Zunächst ist die Eiweissart bestimmend. In allen jenen Versuchen, die eine Herabsetzung der Harnsäure zeigten, wurden Paranucleïne zugeführt, Eiweisskörper, welche einerseits frei von Extractivstoffen sind, anderseits beim Kochen mit Säuren keine Nucleïnsäuren abspalten. Aus diesen negativen Eigenschaften können wir auf jene schliessen, welche ein Eiweisskörper haben muss, um auf Harnsäure vermehrend zu wirken. Die Versuche Strauss' mit Fleischextract brachten eine Steigerung der Harnsäure. Im Muskelfleische sind jene Extractivstoffe, welche das Fleischextract constituiren, vorhanden, wenn auch in so geringer Menge, dass, wie

*) Eine in gewissen Kreisen beliebte Methode ist, aus dem raschen Ausfallen der Harnsäure, aus dem Auftreten von Harnsäurekrystallen im Sedimente kurz und bündig auf eine Vermehrung derselben zu schliessen. Diese Art der Harnsäurebestimmung erklärt die besonders in Wien so häufige „uratische Diathese“.

Rosenfeld und Orgler fanden, erst grössere Fleischmengen (über 200 g) die Harnsäureausscheidung steigern. Welche Rolle dabei die oft geübte Unterscheidung zwischen weissem und schwarzem Fleische zu spielen berechtigt ist, wird weiter unten ausgeführt werden.

Eine Reihe werthvoller Versuche zeigen die Bedeutung des Nucleïngehaltes, des Gehaltes an kernhaltiger Substanz, für die Harnsäureproduction.

Als Horbaczewski die Entstehung der Harnsäure aus Milzpulpa fand, war der Weg gegeben, das Bildungsmateriale aufzudecken. Der Reichthum der Milz an kernhaltigen Zellen bestätigte die Annahme, dass diese das geeignete Materiale dazu geben (Stadthagen). Horbaczewski nahm die starke Hyperleukocytose nach Fleischnahrung als den Grund an der im Vergleiche zur vegetabilischen Kost vermehrten Harnsäureausscheidung.

Diese Erklärung wurde von verschiedenen Seiten bekämpft (Zagari u. A.).

Die Versuche Weintraud's, Horbaczewski's, Umber's, dass nach Thymusfütterung Harnsäurevermehrung auftritt, wurden allseitig bestätigt, wenn auch die Begründungen dafür oft weit auseinander gehen. Für die Einen sind die Nucleïne selbst die Quelle der Harnsäure, für Andere, welche nach Fütterung von reinem Nucleïn keine Harnsäurevermehrung fanden, sind es die in den Nucleïnen enthaltenen Xanthinbasen, welche sich aber in labiler Bindung darin befinden.

Wie immer die Begründung lauten mag, an der Thatsache, dass der Nucleïngehalt der Nahrung den bestimmenden Einfluss auf die Harnsäureproduction hat, kann nicht gerüttelt werden.

Die Beziehung der Harnsäure zur Gicht wurde zuerst von Garrod, dem Vater der heutigen Gichtlehre, ausgesprochen. Nach ihm tritt unter Einfluss von Excessen in diätetischer Beziehung, Erkältung, Strapazen etc. ein Gichtanfall auf, welcher auf der Ablagerung der Harnsäure in Gestalt eines harnsauren Salzes in den Gelenken und ihrer Umgebung beruht. Durch diesen Anfall wird das Blut von der überschüssigen Harnsäure befreit. Die Basis der Erkrankung ist demnach ein Missverhältniss zwischen Harnsäureproduction und Harnsäureausscheidung, welches so lange anhält, bis ein Anfall diese Störung wieder ausgleicht. Garrod fand vor dem Anfalle die Harnsäure im Urine vermindert, nach dem An-

falle vermehrt. Da er auch Harnsäure im Blute fand, baute er auf diese beiden Beobachtungen seine Lehre auf, welche zum Theile heute noch die Grundlage der Ausführungen mehrerer Autoren bildet. Das Wesen der Krankheit liegt darin, dass einerseits eine Hyperproduction von Harnsäure besteht, anderseits wegen gleichzeitiger Insufficienz der Nieren — nach Levison eine Granularatrophie — eine Verminderung der Ausscheidung durch den Harn. Die Folge muss eine Stauung im Blute und in den Gewebssäften sein, welche nach einiger Zeit zum acuten Anfalle führt.

Pfeiffer sieht die krankhafte Störung nicht in der Quantität, sondern in der Qualität, d. h. die Harnsäure tritt in unlöslicher Verbindung oder rein in unvollkommener Lösung auf, wie dies für die Tophi augenscheinlich ist. Der acute Gichtanfall entsteht dadurch, dass in den afficirten Theilen plötzlich die normale Menge weit übersteigende Mengen von Harnsäure entweder entstehen, oder aus den Depots die schwer löslichen Modificationen zur Lösung kommen, Reizung, Schmerz und Schwellung erzeugen. Während die gewöhnliche Form der gelösten Harnsäure, i. e. die Doppelverbindung des doppeltharnsauren Natrons mit phosphorsaurem Natron, so lange dieses Doppelsalz in normaler Menge in den Geweben enthalten ist, keine reizenden Einwirkungen auf dieselben ausübt, bewirkt eine weit die Norm übersteigende Menge dieser Verbindung schmerzhafte Empfindung und Reizung. Auch Ebstein sieht die in den Gewebssäften gelösten neutralen Urate als die Ursache der Gicht an.

Einen anderen Standpunkt nimmt Cullen ein, welcher die primäre Störung bei der Gicht in das Nervensystem verlegt und die Krankheit als eine Neurose hinstellt. Die Anschauung wurde wieder von Duckworth aufgegriffen, welcher eine Erkrankung des Nervensystems in Verbindung mit abnormer Mischung des Blutes und der Gewebssäfte als die Grundlage der Gicht annimmt und daher von der Gicht als von einer „neuro-humoralen“ Affection spricht.

Die Therapie steht unter dem Einflusse der durch nichts bewiesenen, aber auch nicht widerlegten Annahme, dass die Harnsäure die materia peccans sei. Da sich die praktischen Erfahrungen insoferne damit decken, als sowohl die Umstimmung des Stoffwechsels nach dem Grundsatze, Alles zu vermeiden, was eine Steigerung der Harnsäureproduction bewirken könnte, wie auch die Beeinflussung der Harnsäureausscheidung zum Wohlbefinden der

Kranken und zur Verminderung der Symptome führen, müssen wir daran so lange festhalten, bis es gelungen ist, die wahre erste Ursache dieser Stoffwechselstörung zu ergründen.

Unter Zugrundelegung aller bisher aufgestellten Hypothesen wird der Weg, auf welchem der Harnsäure zu Leibe gerückt werden kann, ein vierfacher sein (Minkowski): a) verminderte Bildung der Harnsäure im Organismus; b) raschere und vollständigere Ausscheidung; c) beschleunigtere Oxydation derselben; d) vermehrte Löslichkeit der Harnsäure im Blute und in den Geweben.

Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, werden sowohl die Ernährung, als auch die Anwendung von Medicamenten zu Hilfe genommen werden müssen.

Zunächst wollen wir untersuchen, inwiefern die Regelung der Diät bei der Erfüllung obiger Postulate unterstützend wirken kann, und welche derselben zunächst davon berührt werden.

Aus den vorangehenden Ausführungen über die Bildung der Harnsäure geht unumstösslich hervor, dass die Ernährung einen bestimmenden Einfluss auf die Harnsäurebildung hat. Wir haben gesehen, dass die Harnsäure das Endproduct eines bestimmten Stoffwechselvorganges ist, des Nucleïnstoffwechsels; wir haben aber auch aus derselben entnommen, dass nicht so sehr der im Organismus sich abspielende, endogene Nucleïnstoffwechsel in die Waagschale fällt, dass vielmehr die in der Nahrung enthaltenen Muttersubstanzen, die Nucleïne der Nahrung, die exogenen weit mehr bei der Harnsäureproduction betheiligt sind. Der Nucleïngehalt der Nahrung muss daher berücksichtigt werden, wenn man auf die Harnsäureproduction Einfluss nehmen will. Damit wird das erste Postulat erfüllt.

Die Erfahrung lehrt, dass neben Arbeit und reichlicher Körperbewegung eine bis zu einem gewissen Masse herabgeminderte Nahrungszufuhr unterstützend für die Behandlung der uratischen Diathese wirkt, während gerade überreichliche Ernährung als provocatorisch für die Entstehung derselben gilt. Es ist zwar nicht bewiesen, auf welche Weise die günstige Wirkung erfolgt, doch kann die Ansicht, dass dadurch die vollkommene Oxydation der Harnsäure begünstigt wird, acceptirt werden.

Nicht nur die Qualität, auch die Quantität der Nahrung wird daher unsere Aufmerksamkeit bei den diätetischen Anordnungen in Anspruch nehmen.

Der Einfluss der Nahrung auf die leichtere Löslichkeit der Harnsäure und der damit in Zusammenhang gebrachten rascheren, vollkommeneren Ausscheidung ist theils ein positiver, theils ein negativer. Die Zusammensetzung der Nahrung kann auf die Alkalescenzverhältnisse des Blutes und der Gewebssäfte sowohl durch ihren Gehalt an Salzen einwirken, als auch dadurch, dass reichlich kohlensaure Salze gebildet werden, welche zur Lösung der Harnsäure beitragen. Hingegen kann gerade durch die Nahrung ein die Löslichkeit hemmender Einfluss ausgeübt werden.

Im Anschlusse daran will ich, bevor die Aufgabe der medicamentösen Therapie besprochen wird, die Bedeutung einiger Nahrungsmittel in den Kreis der Betrachtung ziehen.

Schon in den Anfängen der Gichttherapie wurde die Aufmerksamkeit auf die Fleischnahrung gelenkt. In England bestand und besteht auch noch heute die Ansicht, dass die daselbst so sehr verbreitete gichtische Erkrankung dem übermässigen Fleischgenusse zuzuschreiben sei.

Nach den in neuerer Zeit gemachten Untersuchungen kann die Beeinflussung der Harnsäureproduction durch Fleischkost nicht bezweifelt werden, indem nach Steigerung der Fleischzufuhr jedesmal eine Vermehrung der Harnsäure im Harne gefunden wurde. Pfeiffer hat die Ansicht ausgesprochen, dass gerade reichlichere Fleisch-, resp. Eiweisszufuhr bei der Gicht von Vortheil sei, weil hiebei mehr Harnstoff gebildet wird, welcher günstigere Lösung- und Ausscheidungsbedingungen setzt.

Die Entstehung der Harnsäure aus den Extractivstoffen des Muskelfleisches gab Veranlassung, die von altersher übernommene Lehre, zwischen weissem und rothem Fleische zu unterscheiden, dadurch zu stützen.

Meine in Gemeinschaft mit Rosenquist dahin abzielenden Untersuchungen, ob diese Unterscheidung zu Recht bestehe, ergaben, dass es keinen principiellen Unterschied gäbe, dass vielmehr die von Senator dagegen erhobenen Bedenken auf einer nicht ganz einwandfreien Bestimmung der Extractivstoffe Anderer beruhen. Seither haben klinische Versuche erwiesen, dass der Unterscheidung zu viel Bedeutung beigemessen wurde. Auch ich hatte im Laufe der letzten Jahre Gelegenheit, mich von der Richtigkeit der durch chemische Untersuchungen gestützten Behauptung an Kranken zu überzeugen.

Will man überhaupt die Extractivstoffe gänzlich vermeiden,

wird durch die geeignete Zubereitung des Fleisches, durch welche dasselbe von den Extractivstoffen befreit wird, wie es durch Auskochen der Fall ist, den Anforderungen, jene Substanzen aus der Nahrung auszuschliessen, welche Harnsäure bilden, weitaus mehr entsprochen werden, als durch sogenannte Weissfleischcuren.

Viel wichtiger ist, auf die an Zellkernen reichen Nahrungsmittel, Thymus, Leber, Nieren, Milz, Gehirn, bei der Diätverordnung Rücksicht zu nehmen und sie gänzlich zu verbieten.

Im Gegensatze zu den nucleïnreichen Eiweissträgern stehen die Milch und die Milchproducte, vor Allem der Käse.

Schon Sydenham hat in der absoluten Milchdiät jene Nahrung erkannt, welche für den Uratiker die geeignetste ist. Stellt man sich auf den Standpunkt, die Harnsäurebildung durch die Nahrung thunlichst herabzumindern, wird die Milchnahrung gewisse Berücksichtigung verdienen.

Als Ideal der Ernährung wird von mehreren Autoren die streng vegetabilische Diät hingestellt. Gewiss lässt sich dagegen, insolange es sich um gut genährte oder, wie es häufig der Fall ist, übernährte Individuen handelt, nichts einwenden. Ebenso spielen heute die Obstcuren in der Therapie der uratischen Diathese eine Rolle. Durch die Umwandlung der pflanzensauren Alkalien im Organismus in kohlensaure tragen sie zur Lösung der Harnsäure ebenso bei, wie andere Alkalien, welche in der medicamentösen Therapie die Hauptrolle spielen. Dazu kommt noch, dass viele Obstsorten, wie Kirschen, Erdbeeren, Weintrauben, reich an Chinasäure sind, die nach Weiss auf die Harnsäurebildung einen bestimmenden Einfluss ausübt.

Die Anregung Ebstein's, im Obste einen integrirenden Bestandtheil der Diät für Uratiker zu sehen, ist zweifellos beherzigenswerth.

Während die Unschädlichkeit der Fette unbezweifelt ist, gehen die Ansichten über den Werth der Kohlehydrate weit auseinander. Auf der einen Seite stehen die Vertreter des strengen Vegetarismus, auf der anderen Seite erheben sich Stimmen dagegen. Besonders Cantani und Pfeiffer glaubten, die Kohlehydrate aus der Diät verbannen zu müssen. Auch Ebstein stellt sich auf den Standpunkt, dass die Zufuhr kohlehydratreicher Nahrungsmittel möglichst zu beschränken sei.

Cantani zieht das Argument der vermehrten Säurebildung durch Kohlehydrate heran, Pfeiffer begründet seine Vorschrif-

ten damit, dass bei Kohlehydratnahrung das Verhältniss des Harnstoffes zur Harnsäure ein für die Löslichkeit der Harnsäure ungünstiges sei.

Bestehen keine besonderen Contraindicationen, kann man den Genuss der Kohlehydrate ruhig gestatten.

Die Nieren sollen durch die Diät so wenig wie möglich gereizt werden, wie überhaupt auf die Erhaltung der Leistungsfähigkeit derselben besondere Rücksicht genommen werden soll. Daraus ergibt sich das Verbot scharfer Gewürze und die Beschränkung des Kaffee- und Theegenusses.

Auch dem Alkohol mögen hier einige Worte gewidmet sein. Die uratische Diathese wird von manchen Autoren einem unmässigen Alkoholgenusse zugeschrieben. Ohne die Richtigkeit dieser Ansicht weiter zu prüfen, schliesse ich mich dem Verbote des Alkoholgenusses an, und zwar in der Erkenntniss, dass der Alkohol als Protoplasmagift und als eine die Niere reizende Substanz speciell in dieser Krankheit zu jenen Genussmitteln gehört, welche auf den Allgemeinstoffwechsel nur ungünstig einwirken. Wenn man auch nach dem heutigen Stande hauptsächlich der Harnsäure Bedeutung zumisst, ist das Verhalten der Harnsäure nur ein Symptom einer in ihrem Wesen noch unklaren Störung des Allgemeinstoffwechsels.

Neben der diätetischen Behandlung stehen uns noch andere unterstützende Hilfsmittel zu Gebote.

Nach den früher angeführten Postulaten, welche eine rationelle Therapie zu erfüllen habe, lässt sich der Werth der medicamentösen Behandlung, welche noch mehr als die diätetische unter dem Einflusse der Harnsäurehypothesen steht, deduciren. Medicamente, welche die Harnsäurebildung beim Menschen erheblich beeinflussen — das Thierexperiment beweist in diesen Fällen fast gar nichts — kennen wir eigentlich nicht. Weiss fand zwar in der Chinasäure sowohl bei Selbstversuchen, als auch im Thierexperimente eine die Harnsäurebildung beschränkende Substanz. Sie soll durch Anlagerung an Glykokoll dieses hindern, in Harnsäure überzugehen. Für den Vogelorganismus, der Harnsäure synthetisch aufzubauen vermag, ist diese Eigenschaft der Chinasäure von Bedeutung, für den menschlichen Organismus ist die Synthese der Harnsäure zumindest unsicher, ja sogar unwahrscheinlich. Deshalb muss mehr die klinische Beobachtung massgebend sein, ob in der Chinasäure ein gegen die uratische Diathese wirksames Heilmittel zu sehen ist.

Darin sind alle Beobachter im Klaren, dass die chinasauren Präparate mit Vortheil angewendet werden. Bei den zahlreichen Veröffentlichungen, welche dem Erscheinen eines neuen Präparates folgen, fällt es schwer, die brauchbaren Urtheile von den oft nur subjectiv empfundenen zu trennen. Wie immer die heute gebräuchlichen Derivate der Chinasäure heissen: Urol, Sidonal, Urosin etc., die Urtheile sind für alle gleich günstig, so dass man ohne Rücksicht auf die theoretische Begründung ihrer Wirksamkeit davon Gebrauch machen darf.

Neben der die Harnsäureproduction beschränkenden Eigenschaft der Chinasäure suchte man den Präparaten eine Wirkung auf die Lösung derselben zu geben.

Als specifische Harnsäurelösungsmittel gelten: Lithium, Piperazin und Harnstoff, ferner Lysidin und Urotropin.

So bestechend die theoretischen Voraussetzungen und die Reagensglasversuche sind, muss die gleiche Wirkung im Organismus dahingestellt bleiben, weil die Thatsache, ob die Lösungsvorgänge daselbst die gleichen sind, sich unserer Controle entzieht. Auch hier sind wir auf die klinisch-therapeutischen Erfolge bei unserem Urtheile über den Werth angewiesen.

Das Gleiche gilt von der Alkalitherapie, welche durch die Trinkcuren in Karlsbad, Marienbad, Vichy u. s. w. angestrebt wird.

Die unzweifelhaft günstige Wirkung der Trinkcuren an einem dieser Curorte auf eine leichtere und raschere Lösung der Harnsäure in ihren Ablagerungsstätten zurückführen zu müssen, indem die Alkalescenz des Blutes und der Gewebssäfte beeinflusst wird, wird mit Recht angezweifelt.

Die wesentlichen Heilfactoren, welche der Anwendung der alkalischen Mineralwässer, besonders der curgemässen Anwendung derselben zugrunde liegen, sind wohl einzig und allein in deren Wirkung auf den Darm und in deren günstiger Beeinflussung der Diurese, in einzelnen Fällen auch in deren günstigem Einflusse auf die Störungen des Pfortaderkreislaufes und die Erkrankungen der Leber zu suchen (Kolisch). Trotz aller theoretischen Begründungen über die Heilwirkung der bei der uratischen Diathese angewendeten Medicamente, bleibt ihre Wirksamkeit zum grössten Theile unerklärt. Dies beruht darauf, dass nur die Harnsäure als materia peccans auch hiebei in den Bereich der Betrachtungen gezogen wird.

Das beste Harnsäurelösungsmittel ist — das Wasser. Häufig beobachtet man bei den Kranken, deren Harn reich an Harnsäure sediment ist, dass die Harnmenge sehr gering, oft weit unter der normalen Tagesmenge ist. Dass in solchen Harnen, besonders wenn nur Theilportionen ohne genaue Angabe der 24-stündigen Harnmenge zur Untersuchung gelangen, eine vermehrte Harnsäureausscheidung gefunden wird,*) kann nicht Wunder nehmen. Lässt man solche Leute genügende Wassermengen trinken, verschwindet zunächst das Sediment aus dem Harne und damit auch die „uratische Diathese". Die Frage des Wassertrinkens und dessen Einfluss auf die Harnsäureausscheidung wurde nach verschiedenen Seiten hin studirt. Von den Einen wurde eine bis zu mehreren Litern gesteigerte Wasserzufuhr angerathen. Cadet de Vaux empfiehlt alle Viertelstunden 6—8 Unzen Wasser, so heiss als möglich, zu trinken; also im Tage ungefähr 9—10 l. Sydenham fand das reichliche Wassertrinken bei Individuen, welche an dasselbe nicht gewöhnt waren, bedenklich.

Ich empfehle, sobald die Harnmenge zu dem Schlusse berechtigt, dass sie nicht genügt, alle Stoffwechselendproducte aus dem Organismus zu eliminiren, ein unter Controle des Masses gestelltes reichliches Wassertrinken bis zu 2—3 l am Tage. Dass eine gleichzeitige Ueberwachung des Herzens und der secretorischen Thätigkeit der Niere analog dem von Oertel für die Herzkrankheiten angegebenen Modus nothwendig ist, ist wohl selbstverständlich.

Unterstützend wirken dabei jene Wässer, welche wegen ihres Salzgehaltes die Diurese steigern; es sind dies Biliner, Fachinger, Preblauer Wasser u. s. w., welche als Tafelgetränk gerne genommen werden.

Die bisher angeführten therapeutischen Massnahmen erfüllen die Aufgabe der Prophylaxe und der Bekämpfung der unter dem Bilde einer chronischen Gicht, sowohl der regulären, als auch irregulären (uratische Diathese).

Es erübrigt noch die Therapie des acuten Gichtanfalles.

Die Behandlung des acuten Anfalles ist eine rein symptomatische, indem sie sich hauptsächlich gegen die Schmerzen, Schwellung und Reizung der betroffenen Körperpartien, besonders der Gelenke, wendet.

*) Dies ist ein Abusus, gegen welchen nicht energisch genug angekämpft werden kann.



Die Anwendung von Specificis, Colchicum- und Salicylsäurepräparaten, leistet häufig gute Dienste. Theoretische Erklärungen für die günstige Wirkung dieser Mittel wurden gesucht, doch kann keine derselben befriedigen. Bei den Colchicumpräparaten ist es augenscheinlich die auf den Darm ableitende Wirkung, wie auch andere Abführmittel den Verlauf des Anfalles günstig beeinflussen.

Zu empfehlen sind Tinctura Colchici oder Vinum Colchici.

Die Wirkungsweise der Salicylsäure ist nicht entschieden; in vielen Fällen beobachtet man eine erhebliche Besserung und Abkürzung des Anfalles.

Neben der medicamentösen Behandlung wird die locale Massage, locale Wärmeeinwirkung am ehesten zum Ziele führen, während die diätetische sich an die Grundsätze, die früher erörtert wurden, halten wird.

Aus Allem geht hervor, dass wir wenig Positives vorbringen können. So lange die Lehre der Gicht an dem Fadenexperimente Garrod's hängt, werden alle noch so mühsam zusammengetragenen Bausteine zu keinem festen Gebäude zusammengefügt werden können. Mit der Lehre der Harnsäure steht und fällt die Lehre der Gicht, auf ihr sind unsere therapeutischen Massnahmen aufgebaut, ihr sind sie alle angepasst.

Zur Therapie der Angst.

Von Dr. Siegmund Kornfeld.

(Schluss.)

Dieselben Resultate, die uns in dieser Hinsicht die Blutdruckmessung liefert, gewährt auch die Beobachtung des täglichen Lebens. Was für jene die Erniedrigung des Blutdruckes, das bedeutet für diese das nach Vollendung der Arbeit eintretende Lustgefühl oder das der Anstrengung folgende Gefühl der Befriedigung, und was für jene die dauernde Druckerhöhung bedeutet, das ist für diese das Gefühl des Unbehagens und der Ermüdung. Für die Praxis genügt es, sich von den subjectiven Wirkungen auf das Befinden des Patienten leiten zu lassen. Die Art der Uebungen und das Ausmass derselben erfordern selbstverständlich die allergenaueste Individualisirung. Ich lasse in der Regel mit gewöhnlicher Zimmergymnastik an der Hand einer der gebräuchlichen Anleitungen, wie

Schreber oder Angerstein und Ekler, beginnen. Es genügen meist schon 5—10 Minuten, während welcher die Uebungen in langsamem Tempo vorgenommen werden, um den Blutdruck wesentlich herabzusetzen. Besonderen Werth lege ich in Fällen, in denen Druck in der Herzgegend, Beklemmungsgefühl, das Gefühl erschwerten Athmens besteht, auf eine methodische Athmungsgymnastik. Man sieht hier zumeist nach jeder einige Minuten währenden Uebung einen Abfall des pathologisch gesteigerten Blutdruckes zur Norm oder nahezu bis zur Norm, auch Verminderung der pathologisch erhöhten Pulsfrequenz und oft schon für die oberflächliche Betrachtung auffallende Erleichterung der Athmung. Man kann allmälig zu Hantelübungen und zu Widerstandsübungen übergehen, welch letztere man in einfachster Weise dadurch bewerkstelligt, dass der Arzt selbst dem Kranken einen stufenweise wachsenden Widerstand durch eigene active Muskelthätigkeit entgegensetzt. Für viele Kranke, insbesondere für muskelkräftige, von früher her ans Turnen gewöhnte Individuen, und für solche, bei denen die Reconvalescenz schon weiter fortgeschritten ist, ist es am zweckmässigsten, sie zu veranlassen, an dem Turnunterrichte in einer Turnschule theilzunehmen. Auch Sport aller Art kann in solchen Fällen wesentlichen Nutzen bringen, besonders habe ich vom Rudern und Bergsteigen gute und nachhaltige Erfolge gesehen. Für Kranke, die früher ihre Muskeln nicht geübt hatten, empfiehlt sich ausser der Zimmergymnastik auch noch die eigentliche Heilgymnastik an Apparaten. Meine eigenen Erfahrungen erstrecken sich auf die Behandlung von Angstzuständen mittels der Herz'schen Apparate. Ich verfüge über eine grosse Zahl von Beobachtungen über den Einfluss der Gymnastik an den Herz'schen Apparaten auf den Blutdruck und kann sowohl bezüglich der Förderungs- als auch der Widerstandsapparate den günstigen Einfluss im Sinne der Herabsetzung des pathologisch gesteigerten Blutdruckes neuerdings betonen. Besonders stark wurde der Blutdruck herabgesetzt und dementsprechend das subjective Befinden gebessert durch die Vibrationsapparate. Auch bezüglich der Selbsthemmungsapparate von Herz, deren Princip schon in das Gebiet der psychischen Arbeit fällt, insoferne die Hauptleistung in der Anspannung der Aufmerksamkeit auf die Einhaltung eines bestimmten Tempos der Bewegung beruht, kann ich günstige Resultate berichten. Gerade in Fällen, wo keine Lust zur Muskelarbeit besteht, und wo das Gefühl der Befriedigung durch Leistung von Muskelarbeit nicht hervorgerufen wird,

lässt sich durch die Heilgymnastik im engeren Sinne die Lust an der Muskelarbeit allmälig anerziehen, indem schon der Reiz des Neuen die Lust erregt und die grosse Zahl der möglichen Combinationen von Apparaten und Uebungen Gelegenheit gibt, mannigfache Abwechslung zu bieten und beliebig viele Uebergangsstufen vom Leichteren zum Schwereren einzuschalten. Durch derartige, allerdings äusserliche Hilfen wird eigentlich nichts Anderes gethan, als dass durch Erregung von Lustgefühlen der Ausgangsdruck erniedrigt wird, wodurch die Ausführung einer bestimmten Leistung, die sonst eine zu grosse Blutdruckerhöhung und damit lebhafte Unlustgefühle herbeigeführt hätte, wesentlich erleichtert wird. Insbesondere wird die Erleichterung dadurch bewerkstelligt, dass leicht zu Ende zu führende Aufgaben gestellt werden und so das Gefühl der Befriedigung an die V o l l e n d u n g jeder einzelnen, wenn auch an sich geringfügigen Leistung geknüpft wird, während gerade in der Nichtvollbringung einer relativ zu schwierigen Aufgabe die Hauptquelle lebhaften Unlustgefühls zu suchen ist. Mit anderen Worten, die ganze Kunst der Erziehung zur Arbeit liegt darin, den Uebergang von der Unlust der Anstrengung zur Lust der Befriedigung oder, was dasselbe ist, von der anfänglichen Drucksteigerung zur folgenden Druckerniedrigung zu erleichtern und zu beschleunigen.

So gelingt es, durch allmälige Erziehung solcher Personen, die nicht genügend an Muskelarbeit gewöhnt sind, zur Bethätigung ihrer Muskeln, einen neuen Factor in die Lebensökonomie ihres Organismus einzuführen, durch den sie befähigt werden, sich innerer Spannungszustände zu entledigen. Indem wir die Fähigkeit zur Muskelarbeit wieder herstellen oder neu schaffen, wirken wir bereits ausgleichend auf die mit dem Affect gegebene Einseitigkeit. Wir eröffnen dem Abflusse der centralen Erregung neue Wege, entlasten die Gefässnerven und wirken damit auch den Folgezuständen des übermässig gesteigerten Blutdruckes entgegen. Was für die Muskelarbeit gilt, das gilt auch für die geistige Arbeit. Auch diese wirkt in gleicher Weise, wie die Muskelarbeit, blutdruckerniedrigend. Auch sie stellt ein Mittel dar, dem inneren Erregungszustande einen Abflussweg zu schaffen. In der That sehen wir, dass in leichteren Angstzuständen instinctiv durch verschiedene geistige Verrichtungen Erleichterung gesucht und gefunden wird. In Angstzuständen schwereren Grades ist aber die geistige Arbeit sehr gehemmt, und es besteht gerade die ganze Kunst der Behandlung

darin, die Fähigkeit zur geistigen Arbeit neu herzustellen. Die Schwierigkeiten sind deshalb so gross, weil dort, wo die Angst objectlos ist, d. h. wo der Kranke sich nicht bewusst ist, wovor er sich fürchtet, also gar kein bestimmter Vorstellungsinhalt im Bewusstsein dominirt, es sehr schwer ist, sich mit dem Kranken in Rapport zu setzen und auf ihn einen Einfluss zu gewinnen. Aber auch in jenen Fällen, in denen bestimmte Vorstellungen das Bewusstsein so beherrschen, dass sie sich allen anderen gegenüber, die durch äussere Einwirkung wachgerufen werden, mit Macht behaupten, ist es überaus schwierig, den Kranken zu einer vorgeschriebenen Beschäftigung zu bringen, die mit dem sein Bewusstsein beherrschenden Gedankenkreis nichts zu thun hat. Und doch gelingt es, wenn man es nicht an Ausdauer und Geduld fehlen lässt. Die Hauptsache ist nun einmal, den Anfang zustande zu bringen. Hier gilt es ebenso, wie dies vorhin hinsichtlich der Muskelarbeit ausgeführt wurde, die dem Beginnen entgegenstehenden Unlustgefühle möglichst zu mildern, durch Erwecken von Vertrauen und Hoffnung eine bessere Stimmung herbeizuführen, kurz, in demselben Sinne, wie dies oben ausgeführt wurde, den Ausgangsdruck herabzusetzen, womit günstigere Bedingungen für die zu vollziehende Anstrengung geschaffen sind. Ist der Anfang einmal gemacht, dann kommt es wieder darauf an, die Umsetzung des Unlustgefühles der Anstrengung in das Lustgefühl der Befriedigung zu erleichtern und zu beschleunigen. Es gilt wieder, kleine, eine rasche Vollendung ermöglichende Aufgaben zu wählen und nach Massgabe des thatsächlich erreichten Erfolges, für den entweder objectiv die Blutdruckserniedrigung oder subjectiv die Besserung der Stimmung die Kriterien bilden, zu allmälig schwierigeren Leistungen fortzuschreiten. Die Wahl des Gegenstandes der geistigen Arbeit hängt ganz von der Individualität des Kranken, von dessen Bildungsgrad, Interessensphäre, von dem Kreise der ihn jeweils am meisten beschäftigenden Ideen ab. Versteht man den Gegenstand so zu wählen, dass er ein lebhaftes Interesse in dem Kranken erweckt, so erleichtert man diesem die Aufgabe ganz wesentlich und schafft sich nicht zu unterschätzende Bürgschaften für den Erfolg. Denn das Interesse, wie Alles, was mit subjectiver Begabung zusammenhängt, beruht im letzten Grunde darauf, dass geistige Bedürfnisse geweckt und diese durch bestimmte Arbeit befriedigt werden. So trägt die Vollendung der Arbeit zugleich den Charakter der Befriedigung eines Bedürfnisses an sich; je stärker

das Bedürfniss, umso lebhafter das Lustgefühl, das dessen Befriedigung bewirkt. Mit der Stärke dieses Lustgefühles aber wächst die Kraft, mit der die Erinnerung an dasselbe fortwirkt und die Neigung zu ähnlicher Bethätigung immer wieder wachruft. Haben wir aber einmal durch die Vollendung einer Arbeit dem Kranken ein derartiges intensiveres Lustgefühl verschafft, so hat er es nun als ein inneres Erlebniss erfahren, dass die Vollführung einer Arbeit dieser bestimmten Art ihm Erleichterung verschafft und seinen inneren Spannungszustand gemildert hat. Solchen inneren Erlebnissen wohnt aber die grösste Ueberzeugungskraft bei, wie wir sie durch äussere Einflüsterungen nie zu erreichen vermögen. Hat der Kranke durch derartige innere Erlebnisse einmal Vertrauen zur Methode gewonnen und die Hoffnung geschöpft, dass sie ihm Linderung bringen werde, dann folgt er willig und fügt sich allen ärztlichen Vorschriften. Man darf ihm dann auch schon grössere Anstrengungen zumuthen und darf die anfangs nur vorsichtig neben anderen Mitteln angewandte psychische Arbeit zum Mittelpunkte und Hauptfactor der ganzen Behandlung machen.

Diese psychische Therapie, welche die Anbildung der Fähigkeiten zur geistigen Arbeit und die Steigerung dieser Fähigkeit zum Ziele hat, ist nicht eigentlich eine directe psychische Behandlung der Angst, die etwa eine Widerlegung der im Bewusstsein des an Angst Leidenden vorherrschenden Gedankenkreise anstrebt. Das Ziel ist zunächst ganz dasselbe, welches die therapeutische Verwerthung der Muskelarbeit im Auge hat. Es handelt sich hier wie dort zunächst nur darum, von der Erfahrungsthatsache Gebrauch zu machen, dass durch Arbeit jeder Art nach vorübergehendem Anstieg des Blutdruckes ein Abfall erfolgt, der weit unter den Ausgangsdruck hinabgehen und damit eine pathologische Blutdrucksteigerung beseitigen kann. Diese Blutdruckerniedrigung und die ihr entsprechende Entlastung der Stimmung wird direct angestrebt. Der Inhalt der Uebungen, wie ich sie vornehmen lasse, hat mit den krankhaften Gedankengängen selbst nichts zu thun. Als Stoff für die Uebungen dienen mir die allerverschiedensten Gebiete geistiger Thätigkeit. Die Hauptsache ist, dass der Kranke wirklich zur Activität verhalten wird. Nur eine active, bewusste Thätigkeit hat den gewünschten therapeutischen Erfolg. Das Kriterium einer solchen Thätigkeit ist der bewusste Wille oder die Anspannung der Aufmerksamkeit. Alle Arten der Thätigkeit, welche Aufmerksamkeit erfordern, sind für die hier vorgesteckten Ziele brauchbar. Eine Thätigkeit hingegen, die ganz mechanisch, automatisch von statten

geht, hat gar keinen Erfolg. Deswegen sind z. B. von weiblichen Handarbeiten jene, die, einmal begonnen, ohne Hinzuthun der Aufmerksamkeit ganz von selbst weiter ablaufen, wie das Stricken, für therapeutische Zwecke ganz unbrauchbar. Ebenso ist die Reproduction früher eingelernter Fertigkeiten, die ebenfalls geradezu automatisch erfolgt, wie etwa das Recitiren von früher auswendig gelernten Gedichten, oder das gedankenlose, rein mechanische Herunterspielen von früher eingeübten Musikstücken therapeutisch ganz werthlos. Hingegen ist Alles, was mit Anspannung von Aufmerksamkeit verbunden ist, was also einen merkbaren Grad von Anstrengung erfordert, verwerthbar. Bei einer Kranken, die schon seit zehn Monaten an einem Verwirrtheitszustand gelitten hatte und bei der mit Beginn der Klärung heftige Angstanfälle aufgetreten waren, bestanden die ersten Versuche zur Leistung geistiger Arbeit darin, dass ich Melodien, die ihr vorgesungen oder vorgepfiffen wurden, wiederholen und agnosciren liess. Zur Abwechslung veranlasste ich die Kranke auch, auf vorgezeigten Bildern einzelne Gegenstände herauszufinden oder vorgezeigte Dinge zu benennen, und diese so primitive geistige Arbeit, die bei dem Darniederliegen aller geistigen Thätigkeit schon mit merklicher Anstrengung verbunden war, wirkte therapeutisch sehr günstig, insoferne nach jeder einzelnen, nur einige Minuten dauernden Uebung der Blutdruck niedriger und die Stimmung freier wurde. Von derart primitiven Formen geistiger Arbeit können die Uebungen bis zu sehr schwierigen Arten hinaufgehen. Die Mannigfaltigkeit, die zu Gebote steht, ist eine überaus grosse. Ich lasse z. B. vorgesprochene Sätze anfangs dem Inhalte nach wiedergeben, dann wörtlich reproduciren, gehe von einfacheren zu schwierigeren Sätzen, dann zu zusammenhängenden Stücken fort; bei Uebungen dieser Art ist schon die Möglichkeit einer grossen Zahl von Abstufungen, Modificationen und Variationen gegeben. Ich veranlasse den Kranken, in früherer Zeit Gelerntes, das nicht mehr geläufig ist, zu reproduciren oder Zusammenhänge von erlebten oder erfahrenen Begebenheiten in der Erinnerung wieder zu reconstruiren; derartige Reproductionen zum Theile verblasster Erinnerungen erfordern immer eine gewisse Anspannung der Aufmerksamkeit und sind somit mit einem messbaren Grade von Anstrengung verbunden. Ich lasse ferner schriftliche Auszüge aus Gelesenem machen, anfangs kleinere, später grössere Erzählungen lesen und nacherzählen; Zeichnungen anfangs durchpausiren, dann

nach Vorlage, später frei aus dem Gedächtnisse nachzeichnen; ich ziehe auch weibliche Handarbeiten, die anhaltende Aufmerksamkeit erfordern, wie beispielsweise das Sticken, zu diesen Uebungen heran. Selbstverständlich lassen sich alle in Betracht kommenden Arten der Beschäftigung gar nicht aufzählen, da die Möglichkeit, Neues auszusinnen und immer neue Combinationen zu bilden, ganz unerschöpflich ist.*) Jeder einzelne Fall stellt besondere Anforderungen, denen gerecht zu werden, immer besondere Modificationen der Heilmethode erfordert. Deshalb lässt sich eine volle Beherrschung der Methode nur an concreten Fällen, sowie nur durch grosse Uebung erlangen. Auch die seitens des Arztes für eine erfolgreiche Durchführung der Behandlung erforderliche Geduld kann nur durch Uebung erlangt werden.

Die Hauptsache bleibt, dass das Princip dieser Behandlungsmethode klar werde. Es handelt sich um eine bewusste, willkürliche, daher die Aufmerksamkeit in Anspruch nehmende und mit — allerdings stufenweise genau abgemessener — Anstrengung verbundene Thätigkeit. Jede bewusste, willkürliche Thätigkeit steigert den Blutdruck und diese Blutdrucksteigerung geht dem Grade der Anspannung der Aufmerksamkeit oder, was dasselbe ist, dem Grade der Anstrengung parallel. Durch bewusste, willkürliche Arbeit vermögen wir unseren Blutdruck in bewusster, willkürlicher Weise zu erhöhen. Dieser durch bewusste, willkürliche Anstrengung, sei sie nun vorwiegend Muskelarbeit oder vorwiegend geistige Arbeit — denn eine strenge Scheidung dieser beiden ist, wie schon aus dem bisher Ausgeführten hervorgeht, nicht möglich — hervorgerufenen Blutdrucksteigerung folgt in der Regel, das heisst wenn die Anstrengung sich innerhalb gewisser Grenzen bewegt, eine Blutdruckerniedrigung, die, wenn bei Beginn der Arbeit der Blutdruck pathologisch erhöht war, weit unter diesen pathologisch erhöhten Ausgangsdruck, in günstigen Fällen bis zur normalen Höhe oder doch nahezu bis zu dieser reicht. Wir haben also die activ hervorgerufene Blutdrucksteigerung von jener zu unterscheiden, die ohne Hinzuthun des Willens oder ohne Vermittlung des Bewusstseins zustande kommt. Die Blutdrucksteigerung der zweiten Art ist die, welche

*) Der Gedanke, geistige Arbeit zu Heilzwecken zu verwerthen, ist keineswegs neu. So berichtet Hoffbauer (Untersuchungen über die Krankheiten der Seele, Halle 1802) über einen Fall von schwerer Depression, der durch das Studium der Mathematik geheilt wurde. Ideler hat bereits das Auswendiglernen therapeutisch verwerthet.



durch die organischen Processe unseres Körpers hervorgerufen wird, die sich ganz ohne unser actives Eingreifen abspielen und nur gewissermassen summarisch zum Bewusstsein gelangen, indem sie das Gemeingefühl, das Gesammtbefinden beeinflussen und damit der jeweils herrschenden Stimmung ihre Färbung geben. Damit haben wir bereits die Scheidung der psychischen Vorgänge in zwei Gruppen gegeben.

Zunächst haben wir jene psychischen Vorgänge zusammenzufassen, die den Blutdruck steigern, ohne dass wir activ daran betheiligt sind, oder, was dasselbe besagen will, ohne dass wir das Gefühl der Anstrengung während derselben haben. Das sind also alle jene psychischen Vorgänge, die von selbst aus dem Unbewussten emportauchen. Als deren Paradigma können wir die spontan, selbst gegen unseren Wunsch auftauchende Erinnerung ansehen, mit welcher unter Umständen auch eine beträchtliche Blutdruckerhöhung verbunden sein kann. Diese Blutdruckerhöhung ist aber dann nicht das Mass einer mit Bewusstsein und mit Absicht geleisteten Arbeit oder der mit dieser verbundenen Anstrengung, sondern einfach der Ausdruck für die Rückwirkung dieses Vorganges auf unsere Stimmung. Zu den psychischen Vorgängen dieser Art gehören der Schreck, die Angst, der Zorn, kurz alle Affecte, bei denen wir nicht thätig sind, sondern passiv fortgerissen werden. Dieser Gruppe gegenüber stehen jene psychischen Vorgänge, die mit dem Gefühle der Anstrengung eng verbunden sind und die wir als geistige Arbeit im engeren Sinne bezeichnen dürfen und als deren Paradigma wir das bewusste, mit Anstrengung verbundene Sichbesinnen oder Sicherinnernwollen ansehen können. Haben wir bei jenen spontane Blutdrucksteigerungen vor uns, die den durch organische Vorgänge verursachten gleichartig sind und mit ihnen durch fliessende Uebergänge zusammenhängen, so haben wir es bei diesen mit willkürlich herbeigeführten Blutdrucksteigerungen zu thun. Die Erfahrung lehrt nun, dass durch willkürliche Blutdrucksteigerung, die einen gewissen Grad erreicht, spontane Blutdrucksteigerungen zum Schwinden gebracht werden können. Darin liegt die Möglichkeit, durch willkürliche, bewusste psychische Arbeit aus dem Unbewussten hervorgegangene Stimmungen und Affecte zu verdrängen. Wir machen ja im gewöhnlichen Leben oft genug die Erfahrung, dass wir uns peinlicher Stimmungen durch eigenes Hinzuthun entledigen, indem wir unseren Gedankengang in eine ganz bestimmte Richtung zwängen, ihn also activ dirigiren und damit eine bestimmte Form

geistiger Arbeit leisten. Was die meisten Menschen instinctiv thun, das hat die Therapie in systematischer Weise zu verwerthen. Ihre Aufgabe ist, das im praktischen Leben Geübte weiter auszubauen, und insbesondere die Fähigkeit zu der bereits instinctiv versuchten Anstrengung zu erwecken und zu steigern. Das Mass der activen Blutdrucksteigerung, von der wir in einem bestimmten Falle einen sicheren Erfolg erwarten dürfen, richtet sich ganz nach der eben vorhandenen, durch den krankhaften Vorgang bedingten Erhöhung. Je grösser die letztere, umso höher ist das Mass der ersteren, durch welche ein nachhaltiger Effect erzielt wird. Die active Blutdrucksteigerung überwindet, wie sich mir durch meine Beobachtungen bisher immer ergab, die spontane erst dann, wenn sie eine über diese hinausgehende Höhe erreicht und einige Zeit auf dieser Höhe verharrt. Bei einer Kranken, an der ich durch längere Zeit im mechano-therapeutischen Institute von Herz und Bum Beobachtungen machte, konnte ich mich von diesem Verhalten durch eine längere Beobachtungsreihe deutlich überzeugen. Die Kranke litt an sehr heftigen Angstzuständen, die jeweils mit zwangsmässigem Denken von sich selbst als einer dritten Person einhergingen. Solche Angstanfälle wurden am leichtesten durch Erblicken des eigenen Bildes in einem Spiegel ausgelöst. Ich habe des Oefteren die Kranke mit einem derartigen, durch Erblicken des eigenen Spiegelbildes hervorgerufenen Angstaffect beobachtet. Ich hatte den Blutdruck vorher wiederholt gemessen, konnte also die durch den Affect bedingte Steigerung feststellen und die unter dem Einflusse der gymnastischen Uebungen eintretenden Aenderungen verfolgen. Im Affecte erfolgte ein Anstieg von 90—100 mm Hg auf 150, ja selbst bis auf 170 mm. Die gymnastischen Uebungen mussten jeweils hinsichtlich der Grösse des Widerstandes und der Dauer verstärkt werden, damit nach Beendigung der Uebungen eine wesentliche Blutdruckerniedrigung und dieser entsprechend eine Beruhigung constatirt werden konnte. Dieselbe Erfahrung habe ich bei schweren, mit Zwangsvorstellungen verbundenen Angstzuständen hinsichtlich des therapeutischen Erfolges der geistigen Arbeit gemacht. Je höher der im Angstaffect beobachtete Blutdruck war, umso höher war das zu therapeutischen Zwecken erforderliche Mass der geistigen Anstrengung. Die Befürchtung, dass durch Zumuthung so grosser Anstrengung die Summe der auf das Nervensystem einwirkenden Schädlichkeiten nur noch vergrössert werde, vermag ich auf Grund reichlicher Erfahrung als unbegründet zu

bezeichnen. Wenn man sich wirklich von dem oben aufgestellten therapeutischen Grundsatze leiten lässt, die Arbeit nur dann als Heilmittel zu verwenden, wenn dieselbe durch anfängliche Blutdrucksteigerung zu einer Blutdruckerniedrigung führt, wenn man ferner schrittweise vorgeht und die Arbeitsfähigkeit methodisch ausbildet, dann kann man durch die therapeutische Verwerthung der Arbeit niemals schaden. Thatsächlich habe ich bei einem derart methodischen Vorgehen noch niemals einen Misserfolg zu verzeichnen gehabt.

Man muss sich eben klar machen, dass in der Blutdrucksteigerung die Schädigung des Organismus zum Ausdrucke kommt, gleichviel, ob sie durch spontane, ohne unsere Anstrengung zustande gekommene Erregungszustände, die aus dem Unbewussten hervorbrechen, oder durch bewusste, willkürliche Anstrengung entstanden ist. Wenn man durch Analyse der Erscheinungen sich die schwere Schädigung des Organismus durch Affecte vergegenwärtigt hat, dann wird man vor der Zumuthung einer vorübergehenden leichten Erhöhung dieser Schädigung zum Zwecke einer länger anhaltenden Beseitigung derselben nicht zurückschrecken, zumal wenn man sich vor Augen hält, dass man diese Steigerung nach Mass und Dauer vollständig zu beherrschen vermag. Wir können uns das, was wir durch diese Art von Therapie leisten, vielleicht geläufiger machen, wenn wir uns erinnern, dass alle jene, hier zu der ersten Gruppe gerechneten psychischen Vorgänge, bei denen der Blutdruck ohne das Gefühl eigener Anstrengung steigt, mit dem zusammenfallen, was unter den älteren Psychologen bereits mit besonderer Klarheit von F r i e s als „unterer Gedankenlauf“ im Gegensatze zu dem „oberen Gedankenlauf“, der den Erscheinungen unserer zweiten Gruppe entspricht, bezeichnet wurde. Der „untere Gedankenlauf“ umfasst all jene Vorgänge, welche gewohnheitsgemäss erfolgen und sich auch gegen unseren Willen von selbst dem Bewusstsein aufdrängen. Die Mächtigkeit, mit der alle diese dem Bewusstsein sich aufdrängenden Vorgänge auf den Gesammtorganismus rückwirken, kommt eben in der Blutdrucksteigerung, mit der sie einhergehen, zum Ausdruck. Je grösser diese Intensität ist, umso stärkere Anstrengung ist erforderlich, um durch den „oberen Gedankenlauf“ den „unteren“ zu beeinflussen.

Bei dieser Art psychischer Therapie kommt es, wie bereits gesagt, vorerst gar nicht darauf an, den Inhalt des mit dem Affect und in unserem speciellen Falle mit der Angst verbundenen „un-

teren Gedankenlaufes" zum directen Angriffspunkte zu machen. Es handelt sich in erster Linie darum, die Fähigkeit zur willkürlichen, geistigen Anstrengung methodisch zu entwickeln und stufenweise zu erhöhen und damit den „oberen Gedankenlauf" gegenüber dem „unteren Gedankenlauf" allmälig kräftiger und wirksamer zu machen.

Die Erhöhung der Fähigkeit zur bewussten, activen Leitung des Gedankenlaufes, welche als directes Ergebniss dieser Behandlungsweise angestrebt wird, hat aber einen wesentlichen Einfluss auch auf den Inhalt der mit dem Angstgefühle einhergehenden Vorstellungen. Die Steigerung der Befähigung zur Vollbringung geistiger Arbeit im engeren Sinne ermöglicht es dem Kranken immer mehr und mehr, über den Inhalt der mit dem Affecte verbundenen Gedankengänge zu reflectiren, denselben mit anderen Lebenserfahrungen in Verbindung zu bringen und ihn durch diese eventuell zu corrigiren. Die mit Leistung geistiger Arbeit einhergehende Blutdruckerniedrigung bedeutet zugleich eine Verminderung des Affectes. Diese erleichtert die Correctur der krankhaften Gedankengänge wesentlich. Steht der Kranke einmal diesen erst ruhiger gegenüber, erschrickt er nicht mehr über seine eigenen Gedanken, dann kann man den Inhalt seiner Befürchtungen schon direct zum Angriffspunkt der psychischen Behandlung machen. Man kann nunmehr die Uebungen, die man mit dem Kranken behufs Steigerung seiner geistigen Arbeitsfähigkeit vornimmt, in nähere Beziehung zu seinen Befürchtungen bringen. Man kann den Kranken allmälig über das Fehlerhafte seiner Gedankengänge aufklären; insbesondere lehre man ihn, seine Gedanken immer zu einem gewissen Abschlusse zu bringen, hingegen jene Gedankengänge, die zu keinem Abschlusse führen können, als ganz unfruchtbar zu vermeiden. In aller Kürze ausgedrückt, hat diese directe Behandlung des krankhaften Bewusstseinsinhaltes das Ziel vor Augen, den Kranken dahin zu bringen, dass er in demselben Sinne, wie dies schon Spinoza in seiner Lehre von der Macht des Denkens im Gegensatze zur Macht der Affecte entwickelt hat, seine eigenen Zustände sich als Gegenstände seines Denkens gegenüberzustellen. befähigt werde.

Die Angstzustände, welche im Anschlusse an bewusste und willkürliche Denkarbeit sich entwickeln, beruhen darauf, dass diese Denkarbeit zu keinem Ergebnisse, also zu keinem Abschlusse kommt, dass also der der Anstrengung des Nachdenkens entspre-

chenden Blutdrucksteigerung keine Blutdruckerniedrigung folgt. Derartige, wiederholt willkürlich und bewusst angesponnene und zu einem starken Affect führende Gedankenreihen werden nun leicht durch associative Vermittelung reproducirt und treten dann zwangsmässig auf. Im Sinne der alten, bereits oben herangezogenen Psychologie kann man dies in folgender Weise ausdrücken: Gedankengänge, welche ursprünglich zum „oberen Gedankenlauf“ gehörten, werden immer mehr und mehr gewohnheitsmässig und fallen damit in das Gebiet des „unteren Gedankenlaufes“. Die im Angstaffecte vorherrschenden Gedanken können demnach beiden Gruppen von psychischen Vorgängen, die wir oben unterschieden haben, angehören. Soweit sie ins Gebiet des „unteren Gedankenlaufes“ gehören, also die ihnen correspondirende Blutdrucksteigerung spontan, ohne unser actives Eingreifen erfolgt, ist ihre Bekämpfung nur dadurch möglich, dass durch stärkere, bewusste, willkürliche Arbeit der Affect zum Schwinden gebracht wird und dass, indem diese bewusste geistige Arbeit die Analyse der einzelnen Factoren dieses Affectes zu ihrem Gegenstande macht, der Schreck und die Furcht vor diesem bestimmten Bewusstseinsinhalt immer mehr und mehr gemildert werden. Durch Verminderung der Rückwirkung auf den Gesammtorganismus, oder, was dasselbe ist, der affectiven Seite eines Gedankenkreises, wird die Kraft, mittels welcher derselbe auf associativem Wege sich ins Bewusstsein drängt, geschwächt. Jenen Gedankengängen gegenüber, welche durch bewusste, willkürliche Geistesanstrengung zu Angstgefühlen führen, bleibt nichts Anderes übrig, als den Kranken dahin zu führen, dass er im Stande sei, denselben einen Abschluss zu geben. Wo jedoch der Abschluss der Natur der Sache gemäss unmöglich ist, muss man den Kranken dahin bringen, dass er derartige, zu keinem Abschluss führende Gedankengänge als unnütze Selbstquälereien aufgebe, und muss ihn eventuell auch anleiten, sich durch eigene Anstrengung geistigen Thätigkeiten zuzuwenden, die einen Abschluss ermöglichen.

Diese im Vorstehenden in ihren Grundzügen geschilderte psychische Behandlung ist in ihrem Wesen nichts Anderes, als eine methodische Erziehung zu einer mit dem Wohlbefinden nicht nur verträglichen, sondern dasselbe fördernden geistigen Thätigkeit. Sie stellt sich zunächst als Mittel dar, der dem Angstaffect zugrunde liegenden Einseitigkeit im Abflusse der Erregung des Centralnervensystems entgegenzuarbeiten und eine Gleichmässigkeit in den verschiedenen Thätigkeitsäusserungen des Organismus anzubahnen. Sie

erfüllt aber über diesen, der symptomatischen Behandlung dienenden Zweck hinaus sehr häufig einen viel weitergehenden, indem sie wesentlich der causalen Behandlung dient. Denn sehr häufig liegt nervösen und neurasthenischen Zuständen nichts Anderes zugrunde, als eine unrichtige Oekonomie der geistigen Thätigkeit, sei es, dass überhaupt unzweckmässig gearbeitet wird, dass nicht die richtige Abwechslung von Anstrengung und Erholung erfolgt und damit der erhöhte Blutdruck mit seinen weiteren Folgen als Ausdruck der Ermüdung sich geltend macht, sei es, dass ein zu einseitiges Schwelgen in Gefühlen mit Vernachlässigung der eigentlich intellectuellen Thätigkeit vorliegt, oder dass ein Abmühen um verhältnissmässig zu schwierige Aufgaben besteht und dadurch alle Unlustgefühle des Misserfolges wachgerufen werden, oder auch, dass das Denken sich in vorwiegend subjectiver Richtung bewegt, nämlich der Selbstprüfung und Selbstbeobachtung zugewendet ist und damit nie zur Ruhe kommt. Eine eigentliche causale Behandlung stellt die Erziehung zur Arbeitsfähigkeit auch in jenen Fällen dar, in welchen die Furcht vor Anstrengung und Mangel an Selbstvertrauen die Leistung geistiger Arbeit behindern und umgekehrt das Bewusstsein der durch primäre Angstgefühle zustande gekommenen geistigen Insufficienz wieder eine Quelle von secundären Angstgefühlen bildet. Ebenso wie in Fällen dieser Art, die ich als functionellen Schwachsinn bezeichnen möchte, wirkt geistige — wie auch Muskelarbeit — in einzelnen Fällen von Dementia senilis, in denen die bestehende Blutdrucksteigerung die Arbeit erschwert, damit Unlust zur Arbeit hervorruft und so einen wichtigen Factor zur Entlastung des Gemüthes aus der Lebensökonomie des Organismus ausschaltet.

Es wirken also geistige Arbeit und Muskelarbeit im Sinne der Ausgleichung der Einseitigkeit der Functionen des Organismus. Wir haben aber noch ein grosses Gebiet in Betracht zu ziehen, auf welchem ein Darniederliegen der Functionen als charakteristisch für den Angstaffect bereits bezeichnet wurde. Dieses Gebiet sind die Drüsen. Auch hier gilt es, im Interesse der Ausgleichung der Einseitigkeit, die Thätigkeit anzuregen. Wie der Angstschweiss als Mittel für Ausgleichung der vorhandenen Erregung aufgefasst wurde, so bewährt sich auch therapeutisch die Anregung der Schweisssecretion in allen Angstzuständen. Ich konnte immer beobachten, dass mit Eintritt der Schweisssecretion der Blutdruck sinkt und dass damit auch Beruhigung eintritt. In dem oben mitgetheilten

Falle, in welchem nach mehrmonatlichem Bestehen eines Verwirrtheitszustandes schwere Angstanfälle auftraten, habe ich zu einer Zeit, als die Klärung noch nicht so weit fortgeschritten war, dass an eine Erziehung zur geistigen Arbeit hätte gedacht werden können, in den Anfällen jeweils die Schweisssecretion angeregt. Ich liess zu diesem Behufe der Kranken reichlich warmes Getränk, Milch oder Thee, einflössen und liess die Kranke recht warm bedecken. Mit Eintritt der Schweisssecretion änderte sich sogleich die Miene der Patientin; während dieselbe früher höchste Angst ausdrückte, wurde sie nun freier, die Blässe schwand, das Zittern und Zähneklappern hörten auf, die Gänsehaut wich, der Puls wurde voller, die Athmung ruhiger. Ich konnte immer zugleich eine beträchtliche Blutdruckerniedrigung constatiren. Ich fand wiederholt nach reichlicher Schweissabsonderung, dass der Druck, der im heftigen Angstaffecte 150—170 mm Hg betragen hatte, meist auf 100 mm, mitunter noch darunter gesunken war. Behufs Hervorrufung reichlicher Schweisssecretion habe ich in vielen Fällen neben warmem Getränk auch Salicylpräparate nehmen lassen, besonders Aspirin, wodurch ich immer starke Schweisssecretion und eine beträchtliche Blutdruckerniedrigung erzielte. Durch Zufuhr von Getränk wird auch die Diurese gesteigert, die, wie man aus der Analogie vermuthen darf, wahrscheinlich ebenfalls den Blutdruck erniedrigt, doch fehlt es mir bisher an genügendem Thatsachenmaterial, um mich hierüber mit Sicherheit aussprechen zu können. Hingegen verfüge ich über eine grosse Zahl von Beobachtungen, aus denen hervorgeht, dass die Thätigkeit der Drüsen des Verdauungstractes den Blutdruck herabsetzt. Hievon kann man sich sowohl bezüglich der Speicheldrüsen als auch bezüglich des Effectes der Stuhlentleerung, bei der sicherlich neben der motorischen Leistung des Darmes auch die Thätigkeit der ihr Secret in das Darmlumen ergiessenden Drüsen in Betracht kommt, überzeugen. Die durch eine reichliche Stuhlentleerung herbeigeführte Blutdruckerniedrigung kann ebenso beträchtlich sein, wie die durch eine reichliche Schweisssecretion erfolgende; ich verfüge über Beobachtungen, in denen mit der nach Verabreichung eines Abführmittels erfolgten Stuhlentleerung der Blutdruck beispielsweise von 180 mm auf 120 mm absank. Die Anregung reichlicher Stuhlentleerung kann in zweifacher Richtung günstig wirken, einmal, indem sie Ursachen der Blutdruckerhöhung — welche, sei es reflectorisch durch Reizung sensibler Darmnerven, sei es auf dem Wege der Autointoxication wirken —

beseitigt, sodann, indem sie die — infolge der dem Affect zugrunde liegenden Einseitigkeit der Lebensvorgänge im Organismus — mangelnde Thätigkeit der Drüsen des Darmtractes steigert und damit ausgleichend wirkt. Auch die Erhöhung der motorischen Leistung der Darmmusculatur mag hier ebenso als ein den Blutdruck erniedrigendes Moment in Betracht kommen, wie die vermehrte Leistung der Skeletmusculatur. Es empfiehlt sich daher, in jedem Falle von Angst für Beförderung des Stuhlganges Sorge zu tragen, nicht bloss, wenn ausgesprochene Obstipation besteht. Ich habe in vielen Fällen, in denen die Kranken ausdrücklich angaben, dass sie regelmässigen und ausgiebigen Stuhlgang hätten, dennoch Abführmittel — meist Pulv. liquir. comp. oder Pulv. rad. rhei. — verabreicht und mich stets von der günstigen Wirkung überzeugen können. So habe ich bei einer 62 Jahre alten, an Arteriosklerose leidenden Frau im Angstanfalle, trotzdem mir mitgetheilt wurde, dass sie kurz vorher eine ausgiebige Stuhlentleerung gehabt habe, ein Seidlitzpulver verabreichen lassen und habe zwei Stunden später, nachdem inzwischen eine reichliche flüssige Entleerung erfolgt war, einen Blutdruck von 130 mm Hg gefunden, gegenüber einem solchen von 175 mm Hg vor Einnahme des Mittels, und dieser Blutdrucksenkung entsprach auch die Besserung des Allgemeinbefindens. Erfahrungen dieser Art bilden eine Stütze der Auffassung, dass die im Angstaffecte auftretenden Diarrhöen nichts Anderes bedeuten, als die Bahnung eines neuen Abflussweges für die Erregung des Centralnervensystems. Anderseits wird diese Auffassung gestützt durch Beobachtung von Fällen, in denen die psychische Erregung das Primäre, die Obstipation das Secundäre ist und somit als Ausfallserscheinung infolge der Einseitigkeit im Ablauf der Lebensvorgänge zu denken ist. Auch die von Stoffella beschriebenen Fälle von habitueller Obstipation bei nervösen Individuen, in denen Pulsation im Abdomen (als Ausdruck der Blutdrucksteigerung) ein hervorstechendes Symptom bildet und Brompräparate die Obstipation beseitigen, lassen sich, soferne keine zwingenden Anhaltspunkte für Annahme eines Krampfzustandes vorliegen, ungezwungen in dem Sinne deuten, dass infolge des einseitigen Abflusses der centralen Erregung auf die Gefässnerven die Thätigkeit der Darmdrüsen und der Darmmusculatur darniederliegt.

Wie die Anregung der Darmthätigkeit, so erweist sich auch die der Speicheldrüsen und der Magenfunctionen sehr vortheilhaft. Die Erfahrung, dass bei gesunden Menschen nach dem Essen der

Blutdruck in der Regel sinkt und dass schon nach reichlicherer Speichelsecretion eine deutliche Blutdruckerniedrigung zu beobachten ist, legte es nahe, den Kranken, besonders solchen, die über Trockenheit im Munde klagten, zu empfehlen, häufige, wenn auch geringfügige Mahlzeiten zu nehmen, und insbesondere auf ordentliches Kauen der Speisen zu achten. Insbesondere bei Kranken, die Nachts wiederholt mit Angstgefühlen erwachten, hat sich mir der Rath jedesmal sehr bewährt, sogleich nach dem Erwachen etwas Nahrung zu sich zu nehmen. Treten Magenbeschwerden nach dem Essen auf, erweist sich ein warmer oder heisser Umschlag in der Magengegend als sehr vortheilhaft.

Der Zustand der Gesammternährung erfordert überhaupt genaue Berücksichtigung. Da die Reizbarkeit des Nervensystems und damit das Verhalten des Blutdruckes von dem Zustande der Gesammternährung abhängt, muss diese, wo sie darniederliegt, möglichst gebessert werden; hier können die verschiedenen Nährpräparate, eventuell Eisen und Arsen, gute Dienste leisten. Auch der Schlaf erfordert sorgfältige Beachtung. Wie mich eine mehrjährige Beobachtung an Epileptikern, bei denen es mir darum zu thun war, den Blutdruck möglichst gleichmässig zu halten, belehrte, ist die Vertiefung und Verlängerung des Schlafes oft das beste Mittel, den Blutdruck zu erniedrigen und niedrig zu halten. Sehr oft beobachtete ich, dass Anregung der Schweisssecretion oder auch reichlicher Stuhlentleerung genügt, um den Schlaf erheblich zu bessern; auch Nahrungsaufnahme bei erfolgter Unterbrechung des Schlafes genügt oft, um das Wiedereinschlafen herbeizuführen. In vielen Fällen wird man gezwungen sein, direct die Schlaflosigkeit zu behandeln und, wo die physikalisch-diätetischen Mittel nicht ausreichen, wird man nicht umhin können, von den medicamentösen Schlafmitteln Gebrauch zu machen.

Um nun bei übersichtlicher Darstellung der bei Behandlung von Angstzuständen zu Gebote stehenden Methoden auch der Medicamente im engeren Sinne noch besonders zu gedenken, so sei darauf hingewiesen, dass im Vorstehenden, wo es sich darum handelte, durch Anregung darniederliegender Functionen die bestehende Einseitigkeit auszugleichen, schon verschiedener Arzneimittel gedacht wurde, so der Salicylpräparate behufs Anregung der Diaphorese. Es liegt nahe, zu vermuthen, dass die eigentlichen Nervina, die in bestimmter chemischer Beziehung zu den einzelnen Theilen des Centralnervensystems stehen, hauptsächlich auf dem Wege solcher

Ausgleichung wirken. Es wurde die Beobachtung Stoffella's angeführt, dass in Fällen von Obstipation auf nervöser Grundlage Brompräparate diese Obstipation beseitigen; für die von den alten Psychiatern mit besonderer Vorliebe gegen Angstzustände angewendete Digitalis kommt ausser der günstigen Beeinflussung der Herzarbeit im Sinne der Vergrösserung der diastolischen Ausweitungsfähigkeit und damit der Besserung der Athmung auch noch die oft sehr bedeutende Steigerung der Diurese in Betracht; Opium und Morphium wirken oft in sehr günstiger Weise auf den Ablauf der psychischen Processe, indem sie das Spiel der Associationen erleichtern, den Gedankenlauf beschleunigen und die Phantasie anregen. Wenn wir auch dieser Medicamente in der Therapie der Angst nicht ganz entrathen können, wenn wir in schweren gefahrdrohenden Fällen behufs rascher Hilfeleistung vielleicht eine Morphiuminjection nicht werden umgehen können, so dürfen wir doch nicht vergessen, dass wir die Wirkung solcher Medicamente nicht ganz in der Hand haben, und dass wir etwaige unerwünschte Nebenwirkungen nicht mit Sicherheit voraus berechnen können.

Auf Grund meiner eigenen Erfahrungen kann ich sagen, dass, je mehr die oben geschilderte physikalisch-diätetische Behandlung durchgeführt wurde, das Bedürfniss einer eigentlich medicamentösen Behandlung umso geringer wurde. Wo es sich darum handelte, rasche Erleichterung zu schaffen und physikalische Mittel aus äusseren Gründen nicht anwendbar waren, kam ich mit Antipyrin, Aspirin, Pyramidon, Phenacetin aus. Auch von Brompräparaten machte ich zeitweiligen, niemals aber, wo es sich um länger dauernde Zustände handelte, regelmässigen Gebrauch; insbesondere leisteten sie mir in prämenstrualen Angstzuständen gute Dienste. Hingegen lernte ich die Opiate immer mehr und mehr entbehren.

Selbstredend hat sich die Behandlung in jedem speciellen Falle der jeweiligen besonderen Genese der Angstzustände anzupassen. Da Angst überall dort entstehen kann, wo die Möglichkeit zur Ausbildung der Blutdrucksteigerung mit dem ganzen übrigen, sich an diese anschliessenden Symptomencomplex gegeben ist, so können Erkrankungen oder Functionsstörungen der verschiedensten vegetativen Organe den Angstzuständen als ätiologisches Moment zugrunde liegen. Hier kommen nicht nur alle möglichen Localerkrankungen, sondern auch das ganze weite Gebiet der Allgemeinerkrankungen, insbesondere der Störungen des Stoffwechsels, in Betracht. Die Erkenntniss und womögliche Beseitigung solcher Erkrankun-

gen oder Störungen muss immer die erste Aufgabe des Arztes bilden. Neben der Behandlung des primären Leidens, respective der Behebung der primären Functionsstörung, wird die symptomatische Behandlung häufig genug ergiebige Aufgaben finden und Erspriessliches leisten können. Oft genug wird sie den Vorrang einnehmen müssen, entweder, weil die Behandlung des primären Leidens einen physischen oder psychischen Reiz bildet, oder weil das primäre Leiden gegenüber den secundären Functionsänderungen des Nervensystems in den Hintergrund getreten ist.

REFERATE.

Interne Medicin.

Agurin, ein neues Diureticum. Von Doc. Dr. Franz Tausz. (Rechtsufriges Armenhaus der Hauptstadt Budapest.)

Das Agurin, eine Verbindung von Theobromin und Natrium aceticum, ist ein weisses, in Wasser leicht lösliches Pulver, von schwach alkalischer Reaction und salzig-bitterem Geschmack. Es enthält beiläufig 60 % Theobromin. Die Verabreichung geschieht am zweckmässigsten in Pulverform, wozu auch Oblaten verwendet werden können. Syrup und sonstige sauer reagirende Geschmackscorrigentien fällen aus dem Agurin das unlösliche Theobromin theilweise aus, sind daher nicht anzuwenden. Die Fabrik empfiehlt zur Ordinirung der Lösung die folgenden Formeln: Rp.: Agurin 6·0, Aquae menth. pip. 200·0, DS.: In zwei Tagen zu verbrauchen. Rp.: Agurin 6·0, Spirit. menth. 2·0, Aquae dest. 200·0, DS.: dreistündlich einen Esslöffel. Das Präparat ist vor Feuchtigkeit und Berührung mit der Luft zu bewahren. Die mit schlecht präparirtem Agurin zubereiteten Lösungen sind trübe, ist aber das Agurin gut, so bleiben auch die Lösungen rein.

Die vom Vf. an Gesunden vorgenommenen Versuche haben ergeben, dass das Agurin bei gesunden Individuen eine geringe und vorübergehende Diurese zu bewirken im Stande ist. Vf. hat das Agurin bei fünf Herzkranken im uncompensirten Stadium, bei drei Fällen von Nephritis chron., bei zwei Fällen von Hepatitis interstitialis, bei einem Exsud. pleurit., bei zwei durch Kachexie verursachten Fällen von Anasarka versucht. In allen diesen Fällen erwies sich das Agurin als verlässliches, nie versagendes Diureticum. Bei den Herzkranken stellte sich fast aus-

nahmslos die Diurese den nächstfolgenden Tag nach Verabreichung des Agurins ein, erreichte nach 2—4 Tagen ihren Höhepunkt, um nach Verminderung der Hydropssymptome verhältnissmässig abzufallen. Im Allgemeinen kann behauptet werden, dass die Höhe der Wirkung nicht nur von individuellen Umständen, sondern zugleich von der Grösse des Hydrops abhängt. Ein gleiches Resultat zeigten die Fälle von Nephritis chronica. Auch hier folgte der raschen Steigerung der Diurese die rasche Verminderung der Hydropssymptome, von bedeutender Besserung der subjectiven Symptome begleitet. Bei einem 64-jährigen Patienten traten bei verhältnissmässig geringen hydropischen Symptomen Erscheinungen chronischer Urämie auf. Am Tage nach Verabreichung des Agurins verschwanden die Symptome der Urämie mit der Steigerung der Diurese fast vollkommen. Ein direct reizender Einfluss auf die Nieren konnte nicht nachgewiesen werden. Bei einem an Hepatitis interstitialis leidenden Patienten stieg die Tagesmenge des Urins von 750 cm^3 am dritten Tage der Agurintherapie auf 3720 cm^3. Beim Exsudatum pleuriticum betrug die Steigerung der Tagesmenge des Urins nach Verabreichung des Agurins 500—6000 cm^3, das Exsudat verschwand nach Anwendung des Agurins vollkommen. In zwei Fällen von einem sich zur Kachexie gesellenden Anasarka bewirkte das Agurin in einer Tagesdosis von 1·5 g in 3—4 Tagen ein gänzliches Verschwinden des Anasarka, während die Urinmenge fast um 100 % stieg. Destrée schlug die diuretische Wirkung des Agurins viel zu gering an, als er die Steigerung der Urinmenge mit 70—140 % feststellte. Dies kann höchstens als diuretischer Durchschnitt angenommen werden. Es gibt einen diuretischen Maximalpunkt, der sehr rasch, grösstentheils am 2. bis 4. Tage auftritt und wobei die Steigerung der Urinmenge 400 bis 500 % überschreitet. Der Maximalgrad der Diurese, von individuellen Verhältnissen abgesehen, hängt hauptsächlich vom Grade des Hydrops ab. Dieses Maximum der Diurese hält kurze Zeit an und gewöhnlich kann schon in den folgenden 24 Stunden ein bedeutender Abfall der Urinmenge beobachtet werden, anderseits aber sah Vf., dass dort, wo das Maximum der Diurese gross ist, auch die Dauer der Diurese anhaltender ist. Steigert man die Dosis des Agurins zu einer Zeit, wo sich die diuretische Wirkung trotz fortgesetzter Verabreichung vermindert, so kann für einige Zeit wieder eine Steigerung der Diurese in geringerem Masse erzielt werden.

In den meisten Fällen hält nach dem Aussetzen des Agurins

die Wirkung noch 4—5 Tage an, im Grossen und Ganzen kann behauptet werden dass die längere Dauer der Diurese zum Grade des Hydrops in geradem Verhältniss steht. Vf. beobachtete auch einen Fall, in welchem die Diurese trotz des grossen Hydrops nach Aussetzen des Agurins sofort abgeschnitten war, und einen anderen Fall, bei dem das einmal verabreichte ($1^1/_2$ g) Agurin eine 8—9 Tage anhaltende Diurese hervorbrachte. Die Wirkung zeigte sich auch in solchen Fällen, wo das Diuretin vollkommen erfolglos war, trotzdem es die Kranken gut vertrugen.

Das Agurin ist nach Vfs. Erfahrungen ein ausgezeichnetes und rasch wirkendes Antistenokardicum. Es macht seine beruhigende Wirkung nur bei echter, zur Endarteritis sich gesellenden Stenokardie geltend; in Fällen von neurasthenischen Herzbeschwerden war es erfolglos. In Dosen von 1—2 g kann es die vehementesten stenokardischen Anfälle zum Verschwinden bringen. Zur Vorbeugung der Stenokardie ist eine tägliche Dosis von 1—1·5 g genügend.

Vf. hat das Agurin grösstentheils in Pulverform verabreicht, seltener in Lösung. Die erstere Anwendungsweise ist sicherer und die Kranken vertragen es leichter. Das Agurin wirkt weniger schädlich auf den Magen, als das Diuretin, und überhaupt vertragen es die Kranken besser. In einigen Fällen zeigte sich mehrere Male vorübergehendes Uebelsein. In einem Falle traten nach Einnahme von 1 g Agurin Brechreiz und Erbrechen auf. Am geeignetsten ist es, das Agurin als Diureticum gleich in grösseren Dosen zu geben: Früh, Mittags und Abends je 1 g, nur dort, wo man den stenokardischen Anfällen vorbeugen will oder wo Complicationen seitens des Magens zu fürchten sind, 1·5 g pro die. Das Agurin ist auch bei solchen Kranken zu versuchen, bei denen das Diuretin als Diureticum im Stich lässt oder die Kranken es nicht vertragen; Vf. sah Fälle, wo das Diuretin nicht vertragen wird und das Agurin gut vertragen wurde. Er sah auch Fälle, bei denen das Agurin unangenehme Magensymptome verursachte, das Diuretin aber gut vertragen wurde.

Seine Erfahrungen fasst Vf. in folgende Sätze zusammen: 1. Das Agurin ist ein ausgezeichnetes Diureticum, dessen Wirkung sehr rasch zum Vorschein kommt und von welchem am besten täglich 3 g angewendet werden. 2. Das Agurin ist zwar nicht frei von unangenehmen Nebenwirkungen auf den Magen, nichtsdestoweniger wird es von der Mehrzahl der Kranken gut vertragen. 3. Das

Agurin ist ein ausgezeichnetes Antistenokardicum und ist sowohl zur Coupirung der Anfälle, wie auch zur Vorbeugung derselben geeignet. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 38, 1902.)

Die Serumbehandlung des acuten und chronischen Gelenksrheumatismus. Von Dr. Menzer.

Der vom Vf. eingeleiteten Serumbehandlung des acuten und chronischen Gelenksrheumatismus liegt die Auffassung desselben als einer von den oberen Luftwegen ausgehenden Streptokokkeninfection zugrunde; er hält demnach den Versuch einer Antistreptokokkenserumtherapie gerechtfertigt. Diese hat er nach dem Tavel'schen Princip eingeleitet, nach welchem die Immunisirung grösserer Thiere direct mit steigenden Dosen der in Ascitesbouillon zu Massenculturen angelegten, frisch von den Tonsillen der Rheumatiker isolirten Streptokokken unter Vermeidung vorhergehender Thierpassagen erfolgt ist. Die Anwendung des Serums bei acutem Gelenksrheumatismus unterstützt und beschleunigt durch Zuführung antibacterieller Stoffe die natürliche Heilbestrebung des Organismus, es verwandelt den chronischen Gelenksrheumatismus wiederum in einen acuten, indem es an den chronisch erkrankten Gelenken zunächst stärkere Schwellung und frische Entzündung, dann Resorption des abgelagerten Exsudates und Heilung, bezw. Besserung, soweit nicht feste Verwachsungen, Knorpelveränderungen u. s. w. vorliegen, herbeiführt. Soweit Vfs. jetzige Erfahrungen reichen, versprechen auch die Heilungsbedingungen der Endokarditis günstigere zu werden. Die Zahl der vom Vf. durchwegs mit günstigem Erfolg behandelten acuten Fälle beläuft sich auf 25, für besonders beweiskräftig hält er aber die Thatsache, dass er auch chronische, mehrere Monate und länger nach allen anderen Methoden vergeblich behandelte Fälle noch heilen, bezw. erheblich bessern konnte. Nachtheilige Folgen der Serumbehandlung hat er nicht gesehen, zuweilen leichte Reizerscheinungen an der Injectionsstelle (Oberschenkel), auch leichte Leistendrüsenschwellungen, später im Stadium der Entfieberung in etwa $^1/_3$—$^1/_2$ der Fälle Urticaria, Erytheme u. s. w., Erscheinungen, welche in 1—2 Tagen verschwanden. Ein Nachtheil der Methode ist zur Zeit noch die hohe Dosirung. Vf. hat im Anfang etwa 100—150 cm³ Serum für die Behandlung eines Falles gebraucht, und täglich etwa 10—20 cm³ eingespritzt, neuerdings benöthigt er von den stärkeren Immunseren etwa 30—50—75 cm³ für den einzelnen Fall, indem er täglich 5—10 cm³ injicirt. — (Therap. d. Gegenw. Nr. 7, 1902.)

Mittheilung über Bromipin. Von Dr. Joh. Kejzlar.

Das Bromipin äussert die den anderen Bromverbindungen nachgerühmten Heilerfolge, jedoch in weit grösserem, intensiverem Masse und Umfange; es beschwichtigt besonders die nervösen Erregungszustände des centralen Nervensystems und setzt die Reflexerregbarkeit herab. Bei den mit Bromipin angestellten Versuchen bewährte sich dasselbe als ein sehr gutes und brauchbares Heilmittel bei nervösen Erregungszuständen, besonders bei nervösem Herzklopfen Neurasthenischer, wo nach der Darreichung eines Theelöffels 10 % Bromipin ein ruhiger Schlaf erfolgte; es bewährte sich bei hysterischen, wie neurasthenischen Anfällen von Erregungs- und Angstzuständen, sowie auch bei nervöser Schlaflosigkeit, Schwindel und dergleichen Nervenzuständen vortrefflich. In zwei Fällen sah Vf. guten Erfolg nach Darreichung von einem halben Theelöffel in 50 g warmer Milch bei der Eklampsie der Säuglinge. Als besonders erwähnenswerth ist der Heilerfolg bei einer Frau, die seit Jahren an nervösen Schwindelanfällen litt, sobald sie über eine grössere offene Fläche gehen musste. Sie nahm zwei Stunden vor dem beabsichtigten Gange Früh und Nachmittags je einen Theelöffel Bromipin und schon nach dreitägigem Gebrauche konnte sie allein gehen. Der Heilerfolg war ein nachhaltiger, denn nach Verlauf von zwei Monaten wurde Patientin nicht recidiv. Der Geschmack des Bromipins ist etwas unangenehm, es lässt sich jedoch, in heisser Milch oder süssem Wein genommen, leicht verdauen, oder aber man reicht es in elastischen Kapseln. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 39, 1902.)

Zur Obstipatio spastica. Von Dr. Freiherrn v. Sohlern.

Die Obstipatio spastica kommt vorzugsweise bei Neurasthenikern, Hysterischen und aus neuritischen Familien stammenden Kranken mit Ptose der Abdominalorgane vor. Die prägnantesten Symptome, die zur Diagnose Obstipatio spastica berechtigen, sind in erster Linie das Unvermögen, correct zu defäciren, also die Verstopfung und die Spasmen, die subjectiv bald als stechender, bald wadenkrampfähnlicher, zusammenziehender Schmerz gefühlt werden, und bei denen man zu Beginn und während und manchmal auch noch nach dem Anfall die in Contraction befindlichen Darmtheile versteift und strangartig palpiren kann. Von den kothgefüllten, sich teigig anfühlenden schmerzlosen Darmsträngen unterscheiden sie sich durch ihre nicht knetbare Steifigkeit und die meist bestehende hohe Empfindlichkeit und Schmerzen der Kranken. Der Koth selbst ist nie normal, stets wasserarm, pechartig zähe oder auf-

fallend hart und immer kleincalibrig. Eine eigentlich diagnostische Bedeutung ist diesen Fäcalformen nicht beizulegen. Allen übrigen Symptomen, wie Unbehagen im Unterleib und vorzugsweise um den Nabel herum, Kollern, Gurren, Hyperästhesie der Bauchdecken, fehlender Pharynxreflex etc., sind nicht pathognomonisch, sondern nur Erscheinungen des Grundleidens der bestehenden Neurasthenie oder Hysterie etc.

Im Gegensatz zu anderen Obstipationsformen, bei denen fleissige Bewegung, Turnen, Bergsteigen, Radeln, Rudern empfohlen wird, ist bei der Behandlung der Obstipatio spastica unbedingt Ruhe nothwendig. Wenn irgend angängig, muss der Kranke zu Bett gebracht werden. Die Bettwärme an und für sich übt auf den gereizten Darm eine beruhigende Wirkung aus, und überdies gehen die Gase leichter bei ihr ab. Die Bettruhe soll mindestens 14 Tage bis eventuell vier Wochen durchgeführt werden. Jedenfalls gestatte man dem Kranken, nicht eher das Bett zu verlassen, bis die Defäcation beschwerdefrei bei leichter Nachhilfe oder in günstigen Fällen spontan erfolgt. Bezüglich der Ernährung ist eine reizlose, weiche, sehr nahrhafte Kost zu empfehlen: Fettmilch, Honig, Butter, Bouillons mit Zusätzen von Roborat, Sano-Tropon etc., zartes, gebratenes Fleisch mit weichem Reis, Nudeln, Kartoffelbrei, Maccaroni etc. Nothwendig ist auch eine genügende Flüssigkeitszufuhr. Der Kranke soll reichlich Wasser trinken. Als weiteres Beruhigungsmittel empfiehlt sich die continuirliche Wärmeapplication ad abdomen während des Tages und Priessnitzumschlag während der Nacht. Von Medicamenten Bromkalium.

Nach Westphalen ist bei derartigen Patienten der Sphinkterentonus meist verstärkt und die erschwerte Entleerung oft auf eine veränderte Thätigkeit der Rectummusculatur und Peristaltik zurückzuführen. Vf. gibt deshalb den Patienten anfangs 35 g Oel mit Chloralhydratzusatz per rectum, um eine locale Herabsetzung der Reizbarkeit zu erzielen. Gegen die schmerzhaften Spasmen selbst bewährte sich die Tinctura Belladonnae vor dem Dionin. Es ist zunächst exspectativ zu verfahren und den Stuhl nicht täglich erzwingen zu wollen, zumal wenn keine Beschwerden bestehen, um jede Reizung zum Spasmus hintanzuhalten, doch müssen Mittel und Wege gefunden werden, dem Kranken zur Ausleerung zu verhelfen.

Drastica sind ganz zu verwerfen, ebenso die Anwendung der Bitterwässer; nur in jenen Fällen verdienen die milden, wie Rakoczy, Vichy, Biliner oder Neuenahrer, angewandt zu werden, wo

es der Zustand des Magens oder eine complicirte Erkrankung des Darmes wünschenswerth erscheinen lässt. Ein Glas gewöhnlichen Wassers nüchtern ist das Räthlichste. Das Klysma darf nicht stark reizen, nur anregen, und wird am besten Vormittags gegeben. Zuerst lauwarme physiologische Kochsalzwassereinläufe. Genügen diese nicht, so nehme man statt des Wassers Kamillenthee oder eine Pseudoemulsion von Kamillenthee und Oel. Grosse Oeleinläufe verdienen keinerlei Bevorzugung. Will sich auch so der Stuhl nicht einstellen, dann die harmlosesten Abführmittel: Milchzucker, Extr. Cascar. sagrad. fluid. 20—40 Tropfen Abends und allenfalls die Tamarinde; auch eine kleine Glycerininjection oder ein Glycerinzäpfchen sei gestattet. Rheum verursacht zu leicht Schmerzen.

Wie bei dieser Erkrankung die active Bewegung kein Heilfactor ist, so ist es auch die passive nicht. Massage sowohl als Elektricität sind contraindicirt. Als ein äusseres zuverlässiges Hilfsmittel mag die warme Douche versucht werden, doch ist beim Auftreten von Krämpfen sofort Umgang davon zu nehmen. Geht die Entleerung nach einer genügenden Ruhecur schmerzlos vor sich, gehe man vorsichtig zur gewöhnlichen Lebensweise über und setze an Stelle der blanden eine gemüsehaltige und cellulosereiche Kost. Empfehlenswerth ist der Genuss von frischem Obst, namentlich Aepfel, Birnen und Weintrauben. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39, 1902.)

Behandlung der Zuckerharnruhr. Von Prof. Dr. Hermann Eichhorst.

Das Geheimniss der Behandlung der Zuckerkrankheit beruht in der Verordnung einer zweckmässigen Nahrung. Arzneien spielen eine ganz untergeordnete Rolle und sind jedenfalls vollständig zwecklos, wenn man die Nahrungsweise vernachlässigt. Es ist überhaupt zweifelhaft, ob man durch irgend ein Mittel, ausser durch Ernährungsvorschriften, irgend einen Vortheil für den Kranken erreicht. Von dem von Ebstein in letzterer Zeit empfohlenen Salol hat Vf. keine Wirkung gesehen, ebensowenig vom Antipyrin. Medicamente geben mitunter Veranlassung, dass Arzt und Kranker in der Beachtung der Nahrung weniger sorgfältig und aufmerksam sind, als dies für eine Genesung durchaus erforderlich ist. Selbst dann, wenn Syphilis als Grund einer Zuckerharnruhr angesehen wird, hat Vf. von Quecksilber und Jod kaum einen Einfluss auf die Zuckerausscheidung beobachtet.

Ueber die Benützung von Trinkcuren möchte Vf. nicht den Stab brechen. Das Wesentliche ist dabei die strengste Diät an den



Curorten. So oft Vf. den Einfluss der Trinkcuren an Kranken der Klinik verfolgte, fand er denselben gleich Null. Würde der Kranke in seinem eigenen Heim mit der gleichen Sorgfalt seine Speisen aussuchen, so würde er ohne Zweifel die gleichen Erfolge erreichen, wie in einem Badeorte, und noch grössere, wenn er sich entschliessen könnte, eine zweckmässige Ernährung für immer fortzusetzen. In Badeorte gehören die leichtsinnigen Diabetiker, die Alles nur halb machen und unter den Vorschriften ihres Arztes nur diejenigen befolgen, die ihnen nicht zu unbequem erscheinen.

Ueber die Grundsätze der Ernährung eines Diabetikers gibt es kaum verschiedene Meinungen. Der Zuckerkranke muss Kohlehydrate und Zucker vermeiden und sich an Fett und Eiweissstoffe, also an eine vorwiegend animalische Kost halten. Saccharin ist ein Ersatz für die Zunge, nicht aber für den Nährwerth des Zuckers. Am zweckmässigsten kommen Saccharintabletten zur Verwendung, die 0·01 Saccharin und 0·04 doppelkohlensaures Natron enthalten, letzteres, um die Lösung des Saccharins zu ermöglichen, von welchem 1—2 Tabletten ausreichen, um einer grossen Tasse Kaffee oder Thee einen angenehmen süssen Geschmack zu verleihen. Man benützt das Saccharin auch zum Versüssen von Speisen, Früchten, Limonaden etc. Statt des Saccharins hat man auch das Dulcin oder Sucrol für Zuckerkranke empfohlen, welches 200mal stärker süsst als Zucker und daher auch mit Vorsicht verwendet werden muss. Seine häufigen unangenehmen Nebenwirkungen tragen Schuld daran, dass es sich bis jetzt keines grossen Zuspruches zu erfreuen gehabt hat.

Wenn Vf. Diabetikern den Genuss von Brot gestattet, so empfiehlt er ihnen meist Grahambrot. Dasselbe sättigt schneller, fördert die Verdauung und schmeckt fast Allen ausserordentlich angenehm.

Bei der Behandlung der Zuckerharnruhr kommt es nicht nur auf die chemische Zusammensetzung, sondern auch auf die Menge der Nahrung an. Mit einer täglichen Nahrungsmenge, die einen Verbrennungswerth von 2500—3000 Calorien darstellt, ist einem Diabetiker noch lange nicht geholfen, denn der Diabetiker gibt aus seinem Körper unverbraucht und unverbrannt Zucker mit dem Harn ab, dessen Verlust durch erhöhte Nahrungseinfuhr gedeckt werden muss. Da 1 g Zucker ungefähr vier Calorien liefert, so würde ein Diabetiker mit einer täglichen Zuckerausscheidung von 400 g ungefähr 1600 Calorien unbenutzt während eines Tages verlieren. Da 1 g Eiweiss etwa 4 Calorien und 1 g Fett 9 Calorien

geben, so müsste ein Kranker mit 400 g täglicher Zuckerausscheidung 400 g Eiweiss oder 180 g Fett mehr geniessen, als dies die gewöhnliche Kostordnung verlangt. Diabetiker, welche Fette vertragen, sollten dieselben reichlich geniessen, denn Fette besitzen einen grossen Brennwerth und üben auf die Zuckerausscheidung eine nur untergeordnete Wirkung aus. Butter, Schmalz, Speck, Sahne, fette Fleischsorten, fetter Schinken, fetter Käse, frischer und geräucherter Lachs, fette Saucen, fette Blutwurst, reine Oele an den Speisen, sollten auf dem Speisezettel eines Diabetikers reichlich vertreten sein.

Ueber die Frage, ob man zu der antidiabetischen Kost plötzlich oder allmälig übergehen soll, sind die Ansichten getheilt. Für die Mehrzahl der Fälle gibt Vf. einer langsamen Entziehung von Kohlehydraten und Zucker den Vorzug. Er hat Kranke gesehen, welche einen vollkommenen Entzug von Kohlehydraten überhaupt niemals vertrugen. Ausser den Erscheinungen von diabetischer Autointoxication stellte sich noch starke Gewichtsabnahme ein, die erst wieder aufhörte und ausgeglichen wurde, wenn dem Kranken der Genuss von kleinen Brotmengen wieder gestattet war.

Ausser fester Nahrung muss man beim Diabetiker auch die Getränke berücksichtigen, und dies umso mehr, als fast immer Steigerung des Durstgefühles vorhanden ist. Mit gutem Quellwasser, dem man etwas Milch- oder Citronensäure zusetzt, kommt man fast immer aus. Auch alkalische und kohlensäurehaltige Mineralwässer sind empfehlenswerth. Alkoholica lässt Vf. wenn immer möglich vermeiden, jedenfalls die zucker- und kohlehydratreichen. Empfehlenswerth ist der Genuss von unabgerahmter Milch, trotz ihres Gehaltes an Milchzucker. Kaffee und Thee sind nur sehr verdünnt zu geniessen. Ob Cacao den Zuckergehalt des Harnes steigert, muss bei jedem Kranken versucht werden.

Wichtig ist das Verfolgen des Körpergewichtes. Ohne den fleissigen und stetigen Gebrauch der Waage kommt der Arzt bei einem Zuckerkranken nicht aus. Mit der Waage muss dem Kranken die tägliche Kost zugemessen werden, aber die Waage gibt auch den einzig zuverlässigen Weg, um zu erkennen, ob die eingeführte Kost auf das Körpergewicht einen günstigen Einfluss ausübt. Ein bereits stark abgemagerter Diabetiker darf unter der antidiabetischen Kost nicht noch mehr an Körpergewicht einbüssen, sonst kommt er in Gefahr, das Verschwinden des Zuckers aus dem Harn mit seinem Leben zu bezahlen.

Ist durch die Nahrung der Harn zuckerfrei geworden und

einige Wochen zuckerfrei geblieben, dann darf man den Versuch machen, dem Kranken geringe Brotmengen zu gestatten; nur unter täglicher fortgesetzter Untersuchung des Harnes. Man beginnt vielleicht mit 25 g Brot am Tage und steigt alle Tage um 10 g, bis eine Tagesmenge von 70—100 g erreicht ist. Eine Steigerung wird sofort unterlassen, falls sich wieder Spuren von Zucker im Harn zeigen. Man muss dem Kranken einschärfen, die gestattete Brotmenge nicht auf einmal zu essen, sondern sie in kleineren Theilen über den ganzen Tag zu vertheilen, da es unter solchen Umständen weit weniger leicht zu Zuckerausscheidung durch den Harn kommt.

Ein Zuckerkranker muss unter ständiger ärztlicher Aufsicht stehen, denn trotz unveränderter äusserer Verhältnisse wechselt das Vermögen, zugeführte Kohlehydrate zu verarbeiten. Manche Kranke merken, dass sie wieder Zucker im Harn ausscheiden, daran, dass sich gewisse Beschwerden bei ihnen einstellen, von welchen sie im zuckerfreien Zustand nicht belästigt werden, z. B. Hautjucken, Neuralgien und Wadenkrämpfe. Stellt sich wieder Zucker im Harn ein, so müssen von Neuem Zucker und Kohlehydrate verboten werden, bis für einige Zeit wieder der Zucker verschwunden ist. Vf. hat übrigens Kranke gesehen, die sich bei einem Zuckergehalt des Harnes von 1—3 % besser fühlten, als wenn man sie mit Gewalt zuckerfrei gemacht hatte, und die ihr Leiden länger als 25 Jahre ertrugen und dabei ein hohes Alter erreichten.

Ausser auf die Beschaffenheit der Nahrung soll ein Zuckerkranker auf Kleidung, Reinlichkeit und Bewegung Werth legen. Diabetiker sind gegen Witterungs- und Temperatureinflüsse sehr empfindlich, sie sollen auch im Sommer Unterkleider tragen. Wohlhabende Kranke thun gut daran, im Winter südliche Orte aufzusuchen. Im Sommer ist Aufenthalt im Gebirge gestattet. Dass das Hochgebirge im Stande sei, Zuckerharnruhr zu heilen, möchte Vf. bezweifeln. Es empfiehlt sich sehr, wöchentlich zweimal lauwarme Vollbäder zu nehmen, denn alle Gewebe und namentlich auch die äussere Haut sind bei der Zuckerharnruhr zu Entzündungen in hohem Grade geneigt. Bewegung in frischer Luft setzt fast immer unter sonst gleichen Verhältnissen die Zuckerausscheidung herab; Spaziergänge sollen niemals bis zur Erschöpfung ausgedehnt werden. Mehrfach sah Vf. Zuckerkranke nach Gebirgstouren und Ueberanstrengungen auf Reisen schnell an Coma diabeticum erkranken und zugrunde gehen. Psychische Aufregungen äussern einen ähnlichen schädlichen Einfluss und sollten daher von einem Zuckerkranken möglichst fern gehalten werden.

Von einer Milchcur sah Vf. niemals einen Diabetes mellitus heilen. Auch von der Gewebssafttherapie, im Besonderen von der Anwendung der Bauchspeicheldrüse, sah Vf. keine Erfolge. Bei Complicationen wird man der Heilmittel nicht entrathen können, und es kommen hier je nach der Natur der Complicationen sehr verschiedene Medicamente in Betracht. — (Therap. Monatsh. Nr. 9, 1902.)

Vergleich über die Wirksamkeit verschiedener Bandwurmmittel nebst Versuchen, das Ricinusöl bei der Bandwurmcur theilweise durch andere Abführmittel zu ersetzen. Von Dr. E. Sobotta

Aus einer Reihe von Versuchen zieht Vf. folgende Schlüsse: a) Pelletierinum tannicum versagte in den sechs Fällen, in denen es zur Anwendung kam, vollständig, trotzdem es in zwei Fällen toxische Erscheinungen zur Folge hatte. b) Filixextract erwies sich in Dosen von 7—8 g als ein wirksames Bandwurmmittel, das in mehreren Fällen, in denen Pelletierin versagt hatte, zum Erfolge führte. c) Die Dosis von 7—8 g Filixextract genügt für den Erwachsenen, wenn man schon vorher für ausgiebige Entleerung des Darmes sorgt, bei Neigung zu Verstopfung mit dieser Fürsorge schon einige Tage vor der Cur beginnt. Wenn man bald nach dem Einnehmen des Filixextractes durch Abführmittel für schleunige und reichliche Darmentleerungen sorgt, so hat man Intoxication nicht zu befürchten. d) Toxische Erscheinungen sind nach diesen Dosen von Filixextract nicht beobachtet worden, weder bei einem Diabetiker, noch bei einer Person, die sich aus äusseren Gründen nicht die nöthige Ruhe gönnen konnte; weder bei Einleitung der Cur durch Ricinusöl (bis zu 24 g), noch bei gleichzeitiger Anwendung von Filixextract und Ricinusöl. e) Es bleibt dahingestellt, ob die gleichzeitige Verwendung von Ricinusöl und Filixextract thatsächlich die Ursache der Vergiftungen ist. Jedenfalls lässt sich die Filixbandwurmcur auch ohne gleichzeitige Ricinusgaben erfolgreich durchführen. Die schleunige Entfernung des Filixextractes aus dem Darmcanal lässt sich auch durch andere Abführmittel, z. B. Senna (weniger gut durch Natrium sulfuricum) erreichen, wenn eine vorbereitende Entleerung durch Ricinusöl vorangegangen ist. f) Fasten vor der Cur (einen halben Tag) erleichtert den Erfolg wegen Leerhaltens des Darmes. Eine Schwächung des Organismus ist durch dieses kurze Fasten nicht zu befürchten. Eine Vorbereitungscur (Häring u. dgl.) ist überflüssig. — (Therap. Monatsh. Nr. 8, 1902.)

Beitrag zur Ernährung und Therapie der chronischen Nierenkranken. Von Doc. Dr. Josef Wiczkowski. (Abtheilung für innere Krankheiten des Allgemeinen Krankenhauses in Lemberg.)

Die vom Vf. an mehr als 85 Fällen chronischer Nierenleiden angestellten Beobachtungen haben Folgendes ergeben: Die Qualität der Nahrungsmittel, seien sie nun ausschliesslich Milch und Milchspeisen, oder vorwiegend weisses Fleisch oder endlich schwarzes Fleisch, blieb ohne sichtbaren Einfluss auf die Menge des ausgeschiedenen Eiweisses. In den Fällen, die eine Tendenz zur Heilung oder wenigstens zur Besserung zeigten, dauerte diese Tendenz unbeschadet und trotz des Wechsels in der Ernährungsweise fort, und schritt die Besserung in gleichem Tempo vorwärts. Dagegen vermochte eine strenge Milchdiät in den schweren Fällen weder Erleichterung zu verschaffen, noch auch das Schicksal der Unheilbarkeit oder des tödtlichen Ausganges abzuwenden. Wohl aber waren selbst in den unheilbaren Fällen eine gemischte Kost und der Wechsel der Nahrungsmittel von sichbarem Einfluss auf den Appetit und den Ernährungszustand und wirkten so unleugbar günstig auf die Verlängerung der Lebensdauer. Die zweijährigen Beobachtungen reichen nicht hin, um auch die weiteren Schicksale der Kranken anzugeben, die zwar nicht alle geheilt, aber zum grössten Theil fast immer gebessert das Krankenhaus verliessen. Aber es sind Vf. genug Fälle aus seiner Privatpraxis bekannt, wo chronische Nierenkranke, die als unheilbar anerkannt waren und ihre Diät mehr dem Appetit und eigenem Verlangen entsprechend einrichteten, nicht nur an Gewicht zunahmen, sondern sich auch viele Jahre eines relativ so günstigen Gesundheitszustandes erfreuten, dass nur die chemische und mikroskopische Untersuchung des Urins an ihr Leiden gemahnte und die Fälle, in denen selbst nach mehreren Jahren eine relativ vollständige Heilung ohne jedwede pathologische Aenderung des Urins eintrat, zählen durchaus nicht zu den grössten Seltenheiten. Demzufolge ist es auch, vom klinischen Standpunkt betrachtet, völlig gleichgiltig, ob wir dem Kranken weisses oder schwarzes Fleisch gestatten, wenn er nur gut ernährt und hinreichend gekräftigt wird, um für jeden Fall den Kampf mit der Krankheit zu bestehen und möglichst lange am Leben zu bleiben. Vf. beobachtete, dass die Fette den Kranken eine gewisse Erleichterung verschaffen, insofern dieselben gut vertragen werden. Er liess seinen Kranken täglich 1—2 Esslöffel Oel oder Leberthran verabfolgen und konnte sich wiederholt über-

zeugen, dass diese Fette sowohl die Abnahme der Eiweissmenge als auch der Oedeme günstig beeinflussten und, was nicht minder wichtig ist, eine Hebung des Ernährungszustandes erzielten.

Vfs. Erfahrungen betreffs der Flüssigkeitszufuhr lehrten ihn, dass man diesbezüglich streng individualisiren müsse, indem die einzuführende Flüssigkeitsmenge zu erhöhen ist, wenn Intoxicationserscheinungen auftreten, um die Stoffwechselproducte zu eliminiren, wie es Bamberger räth, unter steter Berücksichtigung der Herzthätigkeit und gleichzeitiger Verabfolgung von Diureticis. Anderseits stimmt Vf. mit Noorden darin überein, dass die Flüssigkeitsmenge in denjenigen Fällen herabgesetzt werden kann, in denen es hauptsächlich um die Resorption von Transsudaten und Oedemen zu thun ist, um auf diese Weise die Herzkraft zu schonen. Treten jedoch beginnende urämische Erscheinungen auf, so darf die Flüssigkeitsmenge absolut nicht eingeschränkt werden.

Traten urämische Erscheinungen auf, so musste Vf. wiederholt zum Aderlass seine Zuflucht nehmen, der in drei Fällen die Erwartungen bei Weitem übertraf. Es trat nach der Venäsection infolge eines urämischen Anfalles völlige Heilung ein — in einem Fall innerhalb dreier Wochen, im zweiten Falle nach zwei Monaten und im dritten nach vier Monaten. Es sind hauptsächlich zwei Indicationen, die den Aderlass erfordern: hochgradige Spannung der peripheren Arterien und zweitens der Mangel von Complicationen seitens der übrigen Organe. Vf. führt einen Fall von Nephritis interstitialis an, wo er ohne einen urämischen Anfall einen Aderlass vornahm, mit auffallend günstigem Erfolg. Aber nicht immer war der Erfolg des Aderlasses ein so eclatanter. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 16, 1902.)

Physikalische Therapie.

Vaginaldouche mit Kohlensäure, ein Mittel bei puerperaler Eklampsie. Von A. Rose.

Im Jahre 1871 berichtete A. Deine in Philadelphia über einen Fall von Eclampsia inter partum, bei dem er durch Einleitung von Kohlensäure in die Vagina Sistiren der Krämpfe, Erweiterung des Muttermundes und Beendigung der Geburt erzielte. Dieses Verfahren fand jedoch keinen Anklang, weil man es für nicht ungefährlich hielt; Demme selbst spricht von der Gefahr der

Asphyxie. Seitdem jedoch Claude Bernard, Broca u. A. die Ungefährlichkeit des Verfahrens klargelegt haben und R. für die Anwendung der Kohlensäure bei Dysenterie, Hyperemesis gravidarum, Pertussis, Rhinitis etc. eintritt, ist zu erwarten, dass das Gas auch bei rigidem Muttermund der Erstgebärenden Anwendung finden wird, umsomehr, als trotz völliger Behebung der Wehenschmerzen die Wehenthätigkeit nicht alterirt wird. R.'s Apparat besteht aus einer Flasche mit Gummistöpsel, den ein Glasrohr durchbohrt, an dem ein Gummischlauch mit verschieden geformtem Ansatz angebracht ist. In die Flasche kommt eine Lösung von circa 24 g Natr. bicarb. in Wasser und 16 g Acid. tartaric. Auch verwendet er die in eine Stahlkapsel eingeschlossene flüssige Kohlensäure, die, in Gasform gebracht, mittels Ballons an beliebiger Stelle applicirt werden kann. — (Wr. klin. Wochenschr. Nr. 43, 1901.) B.

Zur Hydrotherapie des Basedow. Von Dr. W. Wertheimer (Wasserheilanstalt Winternitz in Kaltenleutgeben.)

Bei einer Krankheit, bei der wir, trotz der vielen gediegenen Arbeiten auf diesem Gebiete, über die Pathogenese noch lange nicht im Klaren sind, kann von einer causalen Behandlung nicht die Rede sein und wir müssen uns auf eine rein symptomatische Behandlung beschränken. Ob nun der Basedow als Erkrankung des Nervensystems angesehen wird oder ob wir die Erkrankung der Schilddrüse als krankmachendes Moment annehmen; in beiden Fällen gibt es kein Heilverfahren, das uns eine wirksamere Handhabe zur Bekämpfung der subjectiven, als auch zum Theile der objectiven Symptome in die Hand geben würde, als die Hydrotherapie. Vf. gelangt auf Grund der Beobachtung von 40 Fällen, die an der Winternitz'schen Anstalt in Behandlung standen, zu dem Schlusse, dass in den meisten, namentlich in den acut einsetzenden Fällen, der nervöse Shock das veranlassende Moment sei, während eine früher latent bestehende Stoffwechselerkrankung die Ursache des Basedow sei. Aus der Reihe der genannten Fälle führt nun Vf. einen besonders schweren Fall vor, der eine 42jährige Frau betrifft, die mit hochgradiger Cyanose, Exophthalmus, grossem Struma, Albuminurie und einem förmlichen Delirium cordis mit asthmatischen Zuständen in die Anstalt aufgenommen wurde.

Es wurde in der ersten Woche absolute Bettruhe, Milchdiät und als hydriatische Procedur Theilwaschungen verordnet, neben-

bei 2—3mal täglich Kühlschläuche aufs Herz und den Hals. Nach einer Woche ist der Puls schon nahezu regulär, die Frequenz 80—120, gut gespannt, jedoch der Schlaf noch immer schlecht wegen der asthmatischen Zustände. In der zweiten Woche wurden Morgens feuchte Einpackungen für eine Stunde mit nachfolgendem Halbbad 28—26° drei Minuten und Nachmittags für zwei Stunden der Stammumschlag mit Rückenschlauch applicirt und diese Behandlung durch einen Monat fortgesetzt. Schon nach der zweiten Woche war der Zustand der Patientin derart in jeder Hinsicht gebessert, dass sie einige Stunden ausserhalb des Bettes zubringen konnte, ohne dass das Asthma und die Oedeme — wie anfänglich — wieder auftraten. Dieser Zustand blieb stationär und die Besserung schritt nicht vor. Erst auf einen energischen thermischen Reiz, nämlich in der Verabreichung eines Vollbades von 10° für einige Secunden, unmittelbar nach der Einpackung und nachträglicher Verabreichung des Halbbades trat eine kolossale Reaction ein, die Herzaction wurde ruhig, Arhythmie schwand spurlos und Patientin konnte nach zweimonatlicher Anstaltsbehandlung bedeutend gebessert entlassen werden: Exophthalmus und Struma bedeutend kleiner, Pulsfrequenz 100, Asthma, Cyanose, Oedeme völlig geschwunden, Schlaf gut, Körpergewichtszunahme 3 kg. Nach drei Vierteljahren — während welcher Zeit Patientin sich ganz wohl befand — nach einem Wagenunfall neuerliches Auftreten der Beschwerden und Aufnahme in die Anstalt. Der Status derselbe, wie bei der ersten Aufnahme, nur noch complicirter durch eine durch starke Herzerweiterung bedingte Lungenatelektase der linken Seite. Behandlung wie im Vorjahre: Milchdiät, Theilwaschungen, Kühlapparate aufs Herz und den Nacken — letztere bewährte sich, wie immer bei nervösen Herzerkrankungen, bedeutend besser, als erstere — nach vier Wochen feuchte Einpackungen und Halbbäder. Bei der Entlassung nach zweimonatlicher Behandlung: Herzdämpfung nur mässig verbreitert, Atelektase geschwunden, Herzaction zwar arhythmisch, aber reine Töne, Struma um 4 cm kleiner, Exophthalmus zurückgetreten, Puls 100. Im zweiten Falle handelt es sich um einen 59 Jahre alten Patienten, der leichte Basedow'sche Symptome darbot: leichte Struma, vermehrte Pulsfrequenz, Herzaction arhythmisch, Tremor der Hände, Albuminurie, Diarrhöen. Herzschläuche hatten keine Wirkung. Nackenschläuche setzten die Pulsfrequenz um 12—24 Schläge per Minute herab, und Stammumschläge mit folgenden Halbbädern bewirkten Aus-

bleiben der Diarrhöe und Nachlassen des Tremors. Das Körpergewicht stieg constant. Nach fünfwöchentlicher Behandlung gebessert entlassen. — (Blätter f. klin. Hydrother. Nr. 9, 1902.) B.

Chirurgie.

Ableitung des portalen Blutes durch die directe Verbindung der V. portae mit der V. cava. Neues operatives Verfahren. Von Prof. Tansini.

Die Talma'sche Operation, welche bis jetzt bestimmt war, in Fällen von Lebercirrhose das portale Blut mit Umgehung der Leber abzuleiten, thut dies nur sehr unvollständig und indirect. Vf. erdachte daher ein neues Verfahren, welches leicht ausführbar und auch beim Menschen anwendbar ist, bisher aber nur an Hunden ausgeführt wurde. Die Operation besteht in der terminolateralen Anastomosirung der V. portae mit der V. cava. Die V. portae wird freigelegt und auf eine Strecke weit isolirt, ebenso auch die V. cava. Mittels Klemmen, die mit Gummi überzogen sind, wird die temporäre Blutstillung besorgt; die V. portae wird am Hilus der Leber quer durchschnitten und in eine entsprechende Oeffnung in die V. cava (zwischen den beiden Klemmen) eingenäht. Eine fortlaufende Seidennaht, welche sogar bis in das Lumen der Gefässe reichen kann, genügt vollständig, um eine feste Verbindung herzustellen. Wenn die Klemmen gelöst werden, stellt sich sofort die Circulation ein.

Die Thiere überlebten die Operation und nahmen an Körpergewicht zu. Bei einem $2^1/_2$ Monate nach der Operation getödteten Hunde konnte die vollkommene Verbindung der beiden Adern und der geänderte Umlauf des Blutes constatirt werden. Diese Experimente eröffnen neue Perspectiven für die chirurgische Behandlung der Lebercirrhose. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 36, 1902.)

Ueber Erfahrungen mit dem Roth-Dräger'schen Sauerstoffnarkoseapparat. Von Dr. Engelmann.

Der Apparat, mit welchem bis nun circa 250 Narkosen ausgeführt wurden, gewährt den Vortheil, dass eine genau dosirbare Menge Chloroform dem Patienten zugeführt werden und die Menge sehr leicht nach Bedarf geändert werden kann. Das Chloroform wird nicht mit gewöhnlicher Luft, sondern mit reinem Sauerstoff, der aus einem eisernen Behälter mit flüssigem Sauerstoff stammt,

verdünnt. Die Sauerstoffinhalation scheint auf die Narkotisirten einen günstigen Einfluss auszuüben; die Patienten sehen während der ganzen Narkose rosig aus.

Die mittels des Apparates ausgeführten Narkosen zeichneten sich dadurch aus, dass das Einschlafen rach erfolgte, eine stärkere Excitation fast stets unterblieb, der Verlauf der Narkose ein ruhiger war und das Erwachen schnell und leicht, gewöhnlich mit dem Aufhören der Narkose erfolgte. Die Menge des verbrauchten Chloroforms betrug etwa die Hälfte des gewöhnlichen Chloroformverbrauches.

Während der Narkose trat manchmal ein Zustand von Apnöe ein, der wahrscheinlich mit dem fortwährenden Zuströmen von Sauerstoff im Zusammenhang stand. Durch mehrfaches Klopfen auf die Brust wurde die Athmung wieder in Gang gebracht. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 37, 1902.)

Schonende Nachbehandlung septischer Operationen. Von Prof. Küttner.

Bei einiger Vorsicht gelingt es, die Nachbehandlung phlegmonöser Krankheiten wenig schmerzhaft zu gestalten und jedem einzelnen Verbandwechsel seine Schrecken zu nehmen.

Schon während der Operation muss auf die spätere Nachbehandlung Rücksicht genommen werden und es ist daher nothwendig, die Wunden so anzulegen, dass man bequem zu den tiefen Theilen gelangen kann. Die Spaltung der Höhlen muss eine ausgiebige sein; statt der Tampons sind womöglich Drainageröhren einzulegen, weil dieselben beim Verbandwechsel leichter entfernt werden können, in der Ableitung der Secrete aber der Gazetamponade zumindestens gleichwerthig sind. Wo unbedingt Tamponade nöthig ist, soll dieselbe nach dem Vorgange Mikulicz's ausgeführt werden. Eine grosse Compresse wird in alle Ecken der Wunde eingeführt und durch die Füllung werden dann die Weichtheile gehörig auseinandergedrängt; beim ersten Verbandwechsel entfernt man bloss die Füllung, während die Schürze längere Zeit liegen gelassen wird.

Der Verbandwechsel, namentlich der erste, soll erst nach einigen Tagen vorgenommen werden, natürlich ist dies nur dort möglich, wo die Spaltung der Phlegmone eine ausgiebige war; bei feuchten Verbänden werden in den ersten Tagen nur die oberflächlichen Gazelagen gewechselt, während die die Wunde ausfüllenden unberührt bleiben. Der feuchte Verband lindert die

Schmerzen und soll daher bei phlegmonösen Processen angewendet werden. Die Aetzung der frischen Wunde mit concentrirter Carbolsäure beschränkt die Secretion der Wunde sehr bedeutend und ist daher insoferne von Vortheil, als der Verband längere Zeit (fünf bis sechs Tage) nicht gewechselt werden muss, also dem Patienten jeder Schmerz erspart bleibt.

Der einzelne Verbandwechsel ist stets vorsichtig und zart auszuführen. In tiefe Wunden dürfen Tampons nur nach Auseinanderhalten der Wundränder mit Haken eingeführt werden. Wenn die Tampons in der Wunde festsitzen, so sollen sie behufs leichterer Entfernung mit Wasserstoffsuperoxyd getränkt werden: sie quellen auf und ein leichter Zug genügt, um sie zu entfernen; das Abwischen und Abtupfen der Wunden soll vermieden werden, man verletzt dadurch die Granulationen und schafft neue Eintrittspforten für die Mikroorganismen. Wenn die Secretion geringer und die Entzündung geschwunden ist, sind Salbenverbände anzuwenden, deren Entfernung leichter ist, als die der Pulververbände. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 35, H. 2.)

Ueber Bursitis subacromialis (Periarthritis humero-scapularis). Von Prof. Küster.

Die Pathologie dieses Schleimbeutels ist sehr wenig bekannt; Vf. will daher auf gar nicht selten vorkommende Erkrankungen der Bursa hinweisen.

Die serös-fibrinöse Entzündung der Bursa tritt in zwei Formen, als acute und chronische Entzündung auf. Die acute Form entsteht häufig nach Traumen der Schultergegend und erzeugt Schmerzhaftigkeit der Schulter, namentlich bei Nacht, Ausstrahlung der Schmerzen in das Gebiet des Nerv. cutaneus internus; Erheben des Armes ist sehr schmerzhaft, während Pendelbewegung und Rotation der Schulter keinen Schmerz erzeugt. Die chronische Form tritt unter dem Bilde der Schulterankylose auf und ist von derselben dadurch zu unterscheiden, dass die passive Rotation stets ganz oder fast ganz frei und schmerzlos ist.

Die Behandlung kann sehr viel leisten. In frischen Fällen wird man den Arm in einem Gipsverband fixiren und die vordere Schultergegend energisch mit Jodtinctur bepinseln. Die quälenden Schmerzen hören sofort auf. Nach 8—14 Tagen Massage. Bei der chronischen Form ist es nothwendig, in der Narkose die Verwachsungen zu sprengen, was gewöhnlich unter krachendem Geräusch geschieht. Wenn dies eingetreten ist, kann man den Arm bis zur

Senkrechten erheben. Wenn die durch die Sprengung bewirkte Schmerzhaftigkeit nach 2—3 Tagen verschwunden ist, setzt die mechanische Behandlung, am besten in einem medico-mechanischen Institut, ein. — (Langenb. Arch., Bd. 67, H. 4.)

Ueber Darmverschluss und Enterostomie bei Peritonitis. Von Prof. Dr. Heidenhain.

Vf. ist es gelungen, in vier Fällen von Peritonitis im Stadium der Blähung und des Erbrechens mittels Enterostomie oberhalb der erkankten Stelle Heilung zu erzielen und schlägt vor, diese Operation systematisch in allen geeigneten Fällen auszuführen. Vf. ist nämlich der Meinung, dass ein grosser Theil von Peritonitiskranken weder an der peritonealen Sepsis, noch an der peritonitischen Eiterung, sondern nur an den Folgen des Darmverschlusses, der durch leichte Adhäsionen, hauptsächlich aber durch circumscripte Lähmung eines entzündeten Darmstückes entsteht, zugrunde geht. Er sah, dass die Patienten in diesem Stadium der Krankheit sich noch erholen können, wenn man für Abfluss des sich stauenden und zersetzenden Kothes sorgt, also eine Enterostomie ausführt. Geschieht dies nicht, so kommt es zu weiterer Stauung und Darmlähmung und allgemeiner Darmlähmung mit allen consecutiven Erscheinungen. Hingegen erholt sich der kranke, gelähmte Darm, wenn er für einige Zeit in Ruhe gelassen wird.

Vf. hat die Beobachtung gemacht, dass die Operation von Erfolg begleitet ist, wenn nicht das ganze Peritoneum afficirt ist und räth daher, die Operation nur dort auszuführen, wo noch ein grösserer Theil der Bauchhöhle frei von Entzündung ist. — (Langenb. Arch., Bd. 67, H. 4.)

Zur Behandlung der Verätzungen der Speiseröhre und des Magens mit Gastroentero- und Jejunostomie. Von Med.-Rath Dr. G. Heuck.

Bei Verätzungen des Oesophagus, die mit Verätzungen und secundären Verengerungen des Pylorus complicirt sind, kommen die Patienten in ihrer Ernährung bedeutend herunter und da die Ernährung mittels Klysma gewöhnlich nicht so lange durchgeführt werden kann, bis die Verengerung des Oesophagus dilatirt ist, musste nach Methoden gesucht werden, die unter gleichzeitiger Ausschaltung der erkrankten Oesophagus- und Magenschleimhaut eine reichliche Nahrungszufuhr in den Darm gestatten. Diesen Indicationen entspricht vollends die Combination von Gastro-

enterostomie mit Jejunostomie, welche, wie ein vom Vf. mitgetheilter Fall beweist, in einer Sitzung ausgeführt werden können.

In die Jejunumfistel wurde ein Drain eingeführt, durch welches die Ernährung des Patienten stattfand. In den ersten Tagen nach der Operation liess der Kräftezustand des Patienten viel zu wünschen übrig, als aber durch die Fistel grössere Mengen Leberthran eingegossen wurden, nahm Patient bald an Gewicht zu. Die Dilatation der Strictur gelang dann durch ein von einer angelegten Gastrostomiewunde eingeführtes Drain und als Patient erlernte, das Bougie sich vom Munde aus einzuführen und die Nahrung schlucken konnte, wurde das Drain aus der Jejunumfistel entfernt, worauf sich dieselbe in acht Tagen von selbst geschlossen hat.

Wenn die Patienten so weit herabgekommen sein sollten, dass sie voraussichtlich beide Operationen nicht aushalten würden, schlägt Vf. vor, die Jejunostomie zuerst zu machen und nachdem der Kräftezustand des Patienten durch die reichliche Ernährung sich gehoben hat, die Gastroenterostomie folgen zu lassen. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 34.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber die Contractionen des Uterus unter Anwendung von Lamium album und einigen anderen pharmakologischen Mitteln.

Von Dr. J. Kalabin.

Vf. prüfte auf dem Wege des exacten Thierexperimentes die Wirkung von Lamium album auf den Blutdruck, die Blutgerinnung, sowie die Contractionen der Gebärmutter. Er konnte ein bedeutendes Sinken des Blutdruckes feststellen, wenn ein Aufguss von Lamium album direct in die Venen eingespritzt wurde, jedoch kehrte der Blutdruck bald wieder zur normalen Höhe zurück und überstieg schliesslich den anfänglichen Druck um 6%. Das Blut wurde nicht zum Gerinnen gebracht. Durch den Lindemann'schen uterinen Onkographen konnte nachgewiesen werden, dass nach intravenösen Injectionen des Aufgusses von Lamium album die Gebärmuttercontractionen bei Hündinnen insoferne beeinflusst wurden, als ein langsames und allmäliges Zusammenziehen derselben infolge spasmodischer Gefässverengerung zu beobachten war. Die klinischen Versuche ergaben, dass sich Lamium album bei Blutungen infolge interstitieller Fibrome, sowie entzündlicher

Adnexerkrankung, gut bewähre, indem in mehr als der Hälfte der Fälle die Blutung in günstigem Sinne beeinflusst wurde. Bei postpuerperalen Blutungen war dies jedoch nicht der Fall und ist Ergotin vorzuziehen. Bei Hämoptoë, hämorrhoidalen Blutungen, sowie beginnendem Abortus waren ebenfalls mit Lamium album günstige Erfolge zu verzeichnen. In therapeutische Verwendung wird das Mittel in Form der Tinctura lamii albi gezogen und werden hievon zweistündlich 40 Tropfen bis zum Stehen der Blutung innerlich genommen. Bei beginnendem Abortus 3—4mal täglich 25 Tropfen. — (Physiolog. russe. Bd. 2, H. 26—30.)

Königstein.

Cocaïn in der geburtshilflichen Praxis. Von Dr. F. Westphalen.

Die Anwendung des Cocaïns in der Geburtshilfe ist nach diesbezüglicher Umschau des Vfs. in der Literatur bisher als kaum nennenswerth zu bezeichnen. In der neuesten Zeit wurden Versuche gemacht, spinale Anästhesie durch Cocaïn herbeizuführen, doch ist die Sache noch lange nicht spruchreif. Pinselungen des Introitus vaniae mit Cocaïn bei allzu schmerzhaften Wehen sollen von gutem Erfolge begleitet sein. Bei allzu grosser Rigidität des Muttermundes wurde in fünf Fällen durch Bestreichen mit 10% Cocaïnlösung eine schnelle Erweiterung von Farrar-Gainsberough erzielt. Diese günstigen Erfolge veranlassten den Vf., das Cocaïn ebenfalls in Form von Rectalsuppositorien in der Dosis 0·03 in Anwendung zu ziehen und er kam zur Ueberzeugung, dass es, in vorsichtiger Weise verabreicht, bei den verschiedenen Formen von Geburtsverzögerung gute Dienste zu leisten vermag. Vf. verwendete das Cocaïn mit Vorliebe in Fällen, wo bei eröffnetem Muttermund, tiefstehendem Kopfe und gesprungener Blase die Presswehen mangelhaft sind oder vollkommen ausbleiben oder die Wehen krampfartigen Charakter angenommen haben und in den Wehepausen stärkere Schmerzen auftreten. Nach Einführung eines Cocaïnsuppositoriums pflegte prompt in 5—10 Minuten eine Regulirung der Wehenthätigkeit einzutreten. Nach derselben Frist war zu beobachten, dass die Bauchpresse kräftig in Action tritt. Vf. führt besonders letzteren Umstand darauf zurück, dass die hemmenden Reflexe, die vom Beckenboden ausgelöst werden, durch die partielle Anästhesirung des Beckenbodens ausgeschaltet werden und dadurch die austreibenden Kräfte, speciell die Bauchpresse, zu freierer Entfaltung kommen könne. Eine Linderung des Wehen-

schmerzes wurde niemals empfunden. Toxische Wirkungen wurden niemals beobachtet. — (Centralbl. f. Gynäkol. Nr. 37, 1901.)

Königstein.

Ueber Entbindungen in der Agone. Von R. Dohrn.

Vf. ist bemüht, die Beantwortung dieser Frage zu klären, doch ist er ebenso wenig im Stande, zu präcisiren, wie andere Autoren, die vor ihm diesem Thema näher zu treten versuchten. Es ist kaum ein Zeitraum von 50 Jahren verstrichen, wo noch das Vornehmen der Sectio caesarea an den Lebenden gerichtlich verfolgt und bestraft wurde. Erst Bunge erklärte zu Beginn der Achtzigerjahre die Vornahme des Kaiserschnittes in der Agone für indicirt unter folgenden Bedingungen. 1. Wenn man nach reiflicher diagnostischer und prognostischer Erwägung zu dem Schlusse gelangt, dass das Ableben der Hochschwangeren in kürzester Zeit zu gewärtigen ist. 2. Wenn das kindliche Leben mit Sicherheit festgestellt ist. 3. Wenn eine forcirte Entbindung per vias naturales keine bessere Prognose bietet und schliesslich der herrschende Exitus letalis von der Einleitung der Geburt keinen Erfolg mehr erwarten lässt. Die eben angeführten Indicationen enthalten aber viel Unsicheres bei näherer Betrachtung und die Prognose ist nur mit Wahrscheinlichkeit zu stellen und wenn auch eine Krankheit leicht als tödtlich zu bezeichnen ist, so wird es doch immer schwer, ja unmöglich sein, den Zeitpunkt des Ablebens früher zu bestimmen. Zum zweiten Punkte wäre zu bemerken, dass das Leben der Frucht schwer zu constatiren sein wird, weil bei schwerer Erkrankung der Mutter die gewöhnlichen Lebenszeichen leicht der Beobachtung entgehen können. Auch sind die Aussichten für die Erhaltung der Frucht bei schweren Erkrankungen sehr zweifelhaft. Jedenfalls ist es Pflicht des Arztes, bei der Agone der Kreissenden die Angehörigen von dem Ernst der Situation zu unterrichten und sie darauf aufmerksam zu machen, dass auch das Leben des Kindes auf dem Spiel steht und letzteres nur durch eine rasche Entbindung entweder per vias naturales oder durch Sectio caesarea gerettet werden kann. Sind die Angehörigen mit der Vornahme eines operativen Eingriffes nicht einverstanden, dann kann man das Kind seinem Schicksal überlassen und hat das Bewusstsein, seine Pflicht erfüllt zu haben. — (Samml. klin. Vorträge N. F. Nr. 304.) Königstein.

Augenheilkunde.

Die Prophylaxe der septischen Infection des Auges, besonders seiner Berufsverletzungen. Von Th. Axenfeld.

Die Möglichkeit einer septischen Infection des Auges ist in zwei Momenten gegeben: a) in der äusseren Umgebung des Auges, also atmosphärische Luft, Verunreinigung des verletzenden Gegenstandes, die Hand des Operateurs, das Allgemeinbefinden des Patienten; b) in den Complicationen von Seiten der Lider, der Bindehaut und der Thränenorgane. Während die Infectionsgefahr aus dem sub a) angeführten Grunde von dem in der Chirurgie überhaupt geltenden Gesichtspunkte aus zu beurtheilen ist, hat die durch sub b) angeführte Momente bedingte Infectionsgefahr ihre Besonderheiten, dank denen die Wundeiterung am Auge schon in der vorantiseptischen Zeit eine relativ seltene war. Die relative Kleinheit der Wunden, die kurze Dauer der Bulbusoperationen mindern an und für sich schon die Infectionsgefahr herab, hiezu kommt nun aber noch der Umstand, dass die Umgebung des Auges, normale, gesunde Verhältnisse vorausgesetzt, eine relativ geringere Infectiosität besitzt als andere Körperstellen. Der Conjunctivalsack ist, trotzdem er fortwährend Verunreinigungen aus der Luft etc. ausgesetzt ist, relativ wenig septisch, weil er in der Absonderung und der durch den Lidschlag unterstützten Ableitung der Thränen eine constante aseptische Irrigation besitzt; dazu kommt noch die, wenn auch gering anzuschlagende bactericide Eigenschaft der Thränen. Es genügt daher bei sonst normalen, gesunden Verhältnissen, die Prophylaxe septischer Infection des Auges auf einfache und milde Massnahmen zu beschränken: sterilisirte Tupfer, sterile, leicht desinficirende, nicht reizende Flüssigkeiten, ja selbst bloss physiologische Kochsalzlösung.

Diese für die prima intentio gemachten Operationen von vorneherein günstigen Verhältnisse werden durch Immobilisirung des Auges nach der Operation durch Verband und Ruhelage des Patienten unterstützt.

Wenn auch in neuester Zeit speciell Hjort für die offene Wundbehandlung, der für das Fortlassen jeder Bedeckung des Auges, ja selbst für das Gestatten der Lidbewegung eintritt, so muss doch betont werden, dass diese, auf Grund bacteriologischer Versuche basirende Anschauung sehr anfechtbar ist; wohl ist nach 24stündigem Liegen eines Verbandes die Keimzahl im Conjunctival-

sack keine geringe, und erklärt Hjort diese Erscheinung hauptsächlich mit dem durch den Verband bedingten Ausbleiben der normalen physiologischen Augentoilette (Lidschlag, Benetzung des Bulbus mit Thränen etc.); nimmt man aber den Verband nach 8—12 Stunden ab, dann ist die Keimzahl noch eine sehr geringe, und normalerweise sind während dieser Zeit in der Hornhaut angelegte Schnitte schon verklebt. Es ist deshalb eine Bedeckung der Augen, welche den Lidschlag für die erste Zeit ausschliesst, nicht unrationell und unmodern, im Gegentheil, wegen der dadurch bedingten Ruhe direct vortheilhaft, gleichviel, ob man einen losen oder etwas festeren Verband (Gitterverband nach Fuchs oder aseptischer Augenverband in der bisher üblichen Weise) verwendet.

Anders gestaltet sich die Prophylaxe der Infectionsgefahr des Auges bei vorhandener Erkrankung der Bindehaut, der Lider und speciell der Thränenorgane. Es ist unbedingt indicirt bei vorzunehmenden Bulbusoperationen, etwaige Bindehautentzündungen oder Lidrandentzündungen früher zur Heilung so weit als möglich zu bringen. Ganz besondere Aufmerksamkeit erfordern aber die Anomalien der Thränenwege.

Bei allen Patienten, welche sich einer Bulbusoperation unterziehen, ist eine Durchspülung der Thränenwege mit physiologischer Kochsalzlösung zu diagnostischem Zwecke vorzunehmen. Mit guter, feiner Canüle, eventuell nach Dilatation des unteren Thränenpunktes ist diese Durchspülung leicht ohne alle Reizung durchführbar. Zeigt sich nun, dass eine noch durchgängige Stenose vorliegt, dann genügen wohl wiederholte Durchspülungen. Besteht aber Totalstenose mit oder ohne Dakryocystitis, dann ist die Exstirpation des Thränensackes indicirt.

Die auf Veranlassung Axenfeld's von Plaut und von v. Zelewski gemachten bacteriologischen Untersuchungen haben dargethan, dass einige Wochen nach der Exstirpation des Thränensackes die Bindehaut eine relativ infectionsungefährliche Beschaffenheit angenommen hat. Es erklärt sich das damit, dass im erkrankten Thränensack für die Vermehrung und Virulenzzunahme der Mikroorganismen und speciell der für das Auge eminent gefährlichen Pneumokokken günstigere Bedingungen vorliegen, wegen der höheren Temperatur im Verhältniss zur Temperatur der blossliegenden Conjunctiva palp. et bulbi und wegen bei vorhandener Stauung im Thränensack Mangelns der Benetzung mit sterilen Thränen. A. macht darauf aufmerksam, dass ein hoher Percentsatz der

sogenannten Berufsverletzungen des Auges durch vorhandene Anomalien der Thränenorgane zum Ulcus serpens corneae mit seinen deletären Folgezuständen führt. Die Berufsverletzungen zu verhüten liegt leider nicht in unserer Macht, wohl aber könnte es gelingen, der Infectionsgefahr prophylaktisch entgegenzutreten. Hiezu ist es durchaus nothwendig, dass die Herren Collegen aus der Praxis, besonders die Landärzte und die Cassenärzte, bei ihren Schutzbefohlenen chronische Bindehaut- und Thränenleiden aufspüren und zur Behandlung veranlassen, und muss betont werden, dass bei bestehenden Thränenleiden beim Arbeiterstand mit seltenen Ausnahmen die Exstirpation des kranken Thränensackes das nothwendige Verfahren ist.

Die conservative (Sonden-) Behandlung ist erstens sehr langdauernd, also zeitraubend, und zweitens ist es noch fraglich, ob die durch die conservative Behandlung erreichbare Besserung der katarrhalischen Erscheinungen und des Thränens auch eine genügend infectionsungefährliche Beschaffenheit der Bindehaut herbeiführt. Mit einer detaillirten Beschreibung der Technik der Thränensackexstirpation schliesst dieser interessante Aufsatz. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 31, 1902.) Dr. Jänner.

Zahnheilkunde.

Die Behandlung der Zähne bei jungen, zu acuter Caries inclinirenden Personen. Von C. N. Johnson.

Man kann die Caries insoferne als Jugendkrankheit bezeichnen, als es nicht selten vorkommt, dass die Zähne etwa bis zum 18. Lebensjahre in rascher Aufeinanderfolge erkranken, während ihr Zustand späterhin ziemlich constant bleibt. Am frühesten erkrankt der erste Molaris, häufig schon vor vollendetem Durchbruche seiner Krone. Um diesen Zahn vor Caries zu schützen, bekleidet man seine Kaufläche mit einer Schichte Cement, welches in den Fissuren genügend Halt findet und dieselben für einige Jahre vor Zerstörung bewahrt.

Die Wahl des Füllungsmaterials richtet sich nach der Empfindlichkeit des Kindes und nach der Beschaffenheit der Zähne. Grundfalsch ist bei wenig widerstandsfähigen Zähnen die Anwendung von Gold. Es handelt sich zwischen dem 12. und 18. Lebensjahre weniger um Einlegen permanenter Füllungen, als um Verhütung von Caries; deshalb sind Guttapercha und Cement die besten

Materialien für Kinderzähne, die erstere für Approximal-, das letztere für Kauflächen. Bessert sich mit zunehmendem Alter der Zustand der Zähne, so schreitet man zur definitiven Behandlung. Amalgam und Gold eignen sich nur für kleinere Cavitäten, in deren Umgebung keinerlei verdächtige oder zu Caries neigenden Partien des Zahnes zurückgelassen werden. Solche Stellen müssen unbedingt entfernt werden, dann erhält man aber eine Cavität von solcher Ausdehnung, dass das Füllen mit einem metallischen Material für das Kind zur Tortur werden muss. All diese Uebelstände fallen bei Anwendung von Porzellan weg. Je mehr man vom Zahne abträgt, desto leichter ist die Porzellanfüllung zu machen, desto geringer ist aber auch die Gefahr secundärer Caries. — (Dental Review, Bd. 16, H. 6.) R. Kronfeld.

Welchen Einfluss hat die Extraction des sechsjährigen Molaris auf den Durchbruch der Weisheitszähne? Von A. Siffre.

In allen Fällen, wo infolge frühzeitiger Extraction des sechsjährigen Molaris der zweite bleibende Mahlzahn sich dem zweiten Backenzahn nähern kann, erfolgt der Durchbruch des Weisheitszahnes normal, da dieser genügend Platz vorfindet. Vf. weist dies an acht genau beschriebenen Fällen nach. Bei einem 19jährigen Mädchen war rechts der untere sechsjährige Molaris im elften Lebensjahre extrahirt worden, der Weisheitszahn derselben Seite ist prächtig entwickelt; links ist der erste Molaris vorhanden, vom dritten nichts zu sehen oder zu fühlen. Bei einem anderen 19-jährigen Mädchen war links der Weisheitszahn bei Fehlen des ersten Molaris normal durchgebrochen, rechterseits, wo keine Extraction stattgefunden hatte, erfolgte der Durchbruch des Weisheitszahnes sehr schwer, langsam und unter heftigen Schmerzen. Ein 17jähriges Mädchen verlor den linken unteren sechsjährigen Molaris, im selben Jahre erschien ohne Beschwerden der dritte Molaris derselben Seite. Rechts war der erste noch im 24. Lebensjahre vorhanden, erst zu dieser Zeit kam der dritte hervor, und zwar unter so schweren Begleiterscheinungen, dass chirurgische Hilfe nöthig war. Vf. bezeichnet es als geradezu unmöglich, dass nach Extraction des sechsjährigen Molaris der Durchbruch des gleichseitigen Weisheitszahnes irgendwelche Schwierigkeiten macht. — (Rev. trimestr. Suisse d'Odontologie, Bd. 12, H. 1.) R. Kronfeld.

Weitere Beiträge zur Chloräthylnarkose. Von G. Seitz.

S. beabsichtigt, das Chloroform aus dem zahnärztlichen Operationszimmer zu verdrängen und allgemein durch Chloräthyl zu

ersetzen. Hiezu bedient er sich einer internationalen Statistik, welche 9000 Fälle europäischer und 7000 Fälle amerikanischer Provenienz umfasst. Auf diese 16.000 Narkosen kommt nur e i n Todesfall, während das Verhältniss für Chloroform 1:3000, für Aether 1:5000, für Bromäthyl 1:8000 ist. Einige Unfälle wurden durch die Obduction auf bestehende schwere Organveränderungen (Arteriosklerose der Coronararterien, substernale Struma, Perikarditis) zurückgeführt. Sonst führen fast alle Berichte den ausdrücklichen Zusatz: ohne üble Zufälle. Ein Excitationsstadium wird sehr selten, Erbrechen fast nie beobachtet; das erstere trat hie und da bei Potatoren, das letztere überhaupt nur ein einzigesmal bei einem 13jährigen, schwächlichen Mädchen auf und muss wohl mit Rücksicht auf die lange Dauer (30 Stunden) auf individuelle Prädisposition zurückgeführt werden. — (Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk., 20. Jahrg., H. 5.) R. K r o n f e l d.

Urologie.

Prostatotomie nach Bottini. Von Dr. Le Clerc-Dandoy.

Vf. bespricht zunächst die Gefahren des vollständig aseptisch ausgeführten Katheterismus und glaubt, dass man schon dieser Gefahren wegen einen operativen Eingriff in vielen Fällen nicht wird unterlassen können.

Während er dem Blasenschnitt nach Poncet nur ein sehr beschränktes Operationsgebiet einräumt, nämlich nur die acute Harnverhaltung, betrachtet er den Eingriff an der Prostata selbst als die einzig rationelle Methode. Die gänzliche Prostatektomie verwirft er gänzlich, wenn er auch nicht leugnet, dass sie mitunter gute Resultate geben kann. Sie ist ein viel zu grosser Eingriff und bietet trotzdem keine sichere Gewähr gegen eine Recidive. Die Bottini'sche Prostatotomie ist das Normalverfahren. Sie bringt für den Kranken die geringste Gefahr, sichert rasche Heilung und ist von einfacher Technik.

Vf. spricht von neun Operationen, die er an sieben Kranken ausgeführt hat. Fünf wurden geheilt, einer gebessert, einer starb zwei Tage nach der Operation; er war bereits in desolatem Zustande ins Krankenhaus überführt worden. Die Operation ist nicht ohne Gefahr, es sind ausserordentlich schwere Complicationen beobachtet worden. Man muss jedoch bedenken, dass die Operation sehr häufig bei einem recht herabgekommenen Zustand des Kranken ausgeführt wird. — (Journ. médic. de Bruxelles, Bd. 6, H. 48.) N.

Einige Fälle von erfolgreicher Bottini'scher Operation bei besonders lange bestehender completer Urinverhaltung. Von Dr. A. Freudenberg.

1. Chronische complete Urinretention seit $10^3/_4$ Jahren. Rapide Heilung durch Prostatadiscision.

Ein 65jähriger Arbeiter bekam October 1890 Nachts plötzlich complete Urinverhaltung und konnte seither den Harn nur mehr durch den Katheter entleeren. Urin soll von vorneherein trüb gewesen sein. Vor zwei Jahren doppelseitige Epididymitis, im Anschlusse beiderseitige Hydrocele, die mehrfach punktirt wurde. Status am 20. Juni 1901: Ammoniakalischer, trüber Harn von 0·3⁰/₀₀ Eiweissgehalt. Besserung des Harns. Prostata citronengross, im cystoskopischen Bilde seitliche Wulstungen aufweisend.

9. März 1901: Bottini in Chloroformnarkose, Blase mit Luft gefüllt, drei Schnitte, 4—$4^1/_2$ cm lang. Blutung fast gleich Null. Von der nach der Operation eingespritzten Borsäurelösung presst Patient gleich nach der Operation ein paar Tropfen heraus. Dreizehn Tage nach der Operation beginnt gleichzeitig mit reichlicherer Schorfabstossung die spontane Harnentleerung. $9^1/_2$ Monate nach der Operation: Patient urinirt 4—7mal in 24 Stunden in gutem Strahl ohne Beschwerden. $6^1/_2$ Monate nach dem Eingriff, Katheter inzwischen nicht angerührt, innerlich nichts genommen, keine Beschwerden, urinirt 5—6mal in 24 Stunden in gutem Strahl. Harn mässig trübe, Residualmenge 5 cm^3.

2. Complete Urinretention seit 28 Jahren. Die vollständige Harnverhaltung des 82jährigen Patienten datirt in das Jahr 1873 zurück, um seither ununterbrochen fortzubestehen. Katheterismus anfangs 3—4mal in 24 Stunden, zuletzt viel häufiger. Fieberbewegungen bis 38⁰. Stark ammoniakalische Cystitis. Eine fünfwöchentliche Behandlung (Urotropin, Ausspülungen, Verweilkatheter) erzielt Temperaturabfall. Prostata orangegross, stark prominirend, glatt, von mittlerer Consistenz. Cystoskopisch ein halbkugelig aufsitzender grosser Mittellappen.

Eine Bottini'sche Operation bei luftgefüllter Blase unter Chloroformnarkose. Vier Schnitte, 4·2 cm lang, nach hinten; je 4 cm nach hinten rechts und hinten links; 2 cm lang nach links; mässige Blutung. Verweilkatheter. Die anfängliche Temperatur von 38·2 sinkt nach wenigen Tagen auf 37. Patient entleert nach Entfernung des Katheters die eingespritzte Borsäurelösung in gutem Strahl. Die Schorfabstossung beginnt am Ende des achten Tages. Der Residualharn beträgt nach 14 Tagen 3·5 cm^3.

3. Betrifft einen zur Zeit des Eingriffes 68jährigen, jetzt 72 Jahre alten Patienten. Seit fünf Jahren bestand complete Urinretention, ausserdem infolge des nothwendigen Katheterismus überaus häufige Anfälle von Epididymitis. Drei Bottini-Sitzungen im Zeitraume eines Halbjahres. Patient ist den Katheter vollständig los, hat klaren Harn und ist seither frei von Epididymitisanfällen. Residualharnmenge in den letzten $3^1/_2$ Jahren zwischen 13 und 30 cm^3 schwankend.

F. erblickt in den guten Erfolgen dieses Verfahrens einen neuerlichen Beweis gegen die Guyon-Launois'sche Theorie, nach welcher der Zustand der Blase das ursächliche Moment für die Urinretention der Prostatiker darstellt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31, 1902.) N.

Kleine Mittheilungen.

Untersuchungen über Herkunft und Löslichkeit der im Urin ausgeschiedenen Oxalsäure. Von Prof. Klemperer und Dr. Tritschler. Die Oxalsäure des Urins, welche eine häufige Ursache der Steinbildung ist, indem sie den Kern bildet, an den sich Urate ansetzen, entstammt grösstentheils den pflanzlichen Bestandtheilen der Nahrung. Von den in den Gemüsen und im Thee enthaltenen Oxalaten, welche theils in Wasser, theils in der Salzsäure des Magensaftes löslich sind, werden ein bis zwei Zehntel resorbirt und gelangen als Calciumoxalat durch den Urin zur Ausscheidung. Der nicht resorbirte Antheil der Oxalate wird durch Darmbacterien zerstört. Ein Theil der Oxalsäure des Urins entstammt der Fleischnahrung. Oxalsäurebildner sind Glykokoll und dessen Derivat Kreatin. Dadurch wird auch im Hunger der Urin niemals oxalsäurefrei. Ein Theil der Oxalsäure des Urins entstammt vielleicht resorbirten Bestandtheilen der Galle, indem aus Glykokollsäure im Darm Glykokoll frei wird. Dass die Oxalsäure im Urin gelöst bleibt und nicht herausfällt, hängt zuerst von ihrer eigenen absoluten und relativen Menge ab; am besten löst sich das Oxalat, wenn so viel Wasser und so wenig Oxalsäure vorhanden ist, dass auf 100 cm^3 1—1·5 mg Oxalsäure kommen. Die Lösung wird begünstigt durch stark saure Reaction, sowie durch einen hohen Gehalt an Magnesiasalz bei geringem Gehalt an Kalksalzen. Alle diese Beziehungen werden anscheinend am besten erreicht, wenn die Nahrung reichlich Fleisch, Mehlspeisen, Leguminosen und viel Getränk enthält, unter

Vermeidung von Milch, Ei und Gemüse. Spinat, Cacao und Thee sind in Bezug auf Oxalsäurebildung zu verbieten. Durch lang andauernde Darreichung kleiner Magnesiagaben (2 g Bittersalz tägl.) kann man den Magnesiagehalt des Urins und damit die Löslichkeit der Oxalate vermehren. — (Wien. klin. Wochenschr. nach Zeitschr. f. klin. Med.)

Als nahrhaftes Getränk für Fieberkranke empfiehlt Leftwich (Edinb. Med. Journ.; Münch. med. Wochenschr.) folgende Limonade: Zwei Citronen werden doppelt geschält, die äussere gelbe Rinde kommt in die Limonade mit den Citronenscheiben, die darunter liegende weisse Rinde wird fortgeworfen. Die Citronenscheiben mit der gelben Rinde legt man mit zwei Stücken Zucker in einen Topf und giesst $^3/_4$ l kochendes Wasser darüber; während dasselbe abkühlt, rührt man die Masse zuweilen um. Sobald die Flüssigkeit lauwarm geworden ist, giesst man sie ab und quirlt sie, indem man langsam das Weisse von zwei Eiern zufügt. Schliesslich seiht man die nun fertige Limonade durch ein Musselintuch und lässt sie kalt trinken. — (Therap. Monatsh.)

Beiträge zur Diätetik der Nierenkrankheiten. Von Dr. Kaufmann und Dr. Mohr. In der diätetischen Behandlung der Nierenkrankheiten spielt die Unterscheidung des weissen und des braunen Fleisches eine grosse Rolle. Während manche Autoren das Braunfleisch aus dem Speisezettel der Nierenkranken radical ausgeschaltet wissen wollen, treten andere für die unbedingte Zulässigkeit desselben in das Kostregime der Nierenkranken ein. Zur Klarstellung dieser strittigen Fragen haben die Verfasser Untersuchungen über den Einfluss des weissen und braunen Fleisches auf den Stoffwechsel der Nierenkranken angestellt. Sie prüften einmal den Einfluss auf die N-Elimination, ferner auf die Grösse der Eiweissausscheidung und schliesslich auf den klinischen Verlauf der Krankheit. Obwohl die gewonnenen Resultate nicht ganz eindeutig sind, kann man doch zusammenfassend sagen, dass greifbare Unterschiede bei den verschiedenen Ernährungsarten nicht zu constatiren waren, insofern eine bessere N-Elimination und eine geringere Albuminurie das eine Mal in Perioden mit Milchdiät, das andere Mal in Perioden mit Weissfleischdiät, das dritte Mal in Perioden mit Braunfleischdiät zu finden waren. Wieder andere Male liessen sich Unterschiede bei der Ernährung mit verschiedenen Sorten von Eiweiss überhaupt nicht feststellen. Freilich sind die Vergleichsperioden zu kurz, als dass sich aus ihnen allein mass-

gebende Schlüsse ziehen liessen. Indessen muss doch hervorgehoben werden, dass die klinische Erfahrung der Autoren mit den Resultaten der Stoffwechselversuche völlig übereinstimmt. In jahrelanger Erfahrung haben sich die Vf. davon überzeugt, dass man Nierenkranke in der Auswahl der Fleischsorten keineswegs zu beschränken und nicht ängstlich darauf Bedacht zu nehmen braucht, ob dieselben nur aus Weissfleisch bestehen. Die Vf. haben aus der Freigabe des Braunfleisches niemals Nachtheile für die Patienten entspringen sehen, sehr häufig aber Vortheile, insofern als Patienten, die infolge der Einseitigkeit der Kost zu schlechten Essern geworden waren, unter der grösseren Abwechslung wieder besseren Appetit bekamen und in kurzer Zeit an Kräften zunahmen. Es ist daher an der Zeit, das Dogma von der besonderen Schädlichkeit des Braunfleisches in der Diätetik der Nierenkranken fallen zu lassen und dem Braunfleisch für den Tisch dieser Kranken eine Gleichberechtigung mit dem Weissfleisch zuzugestehen. — (Zeitschr. f. klin. Medicin; Deutsche med. Wochenschr.)

Ueber die Abhängigkeit gewisser nervöser Symptome von dyspeptischen Störungen. (Der digestive Herznervenreflex.) Von Dr. Herzog. Als digestiven Herznervenreflex betrachtet Vf. einen Symptomencomplex, bei welchem es sich um Angstzustände handelt, welche unter dem Einflusse gewisser Magen- oder Darmstörungen entstehen; ein Krankheitsbild, welches bereits vielfach von anderer Seite, z. B. von Rosenbach, als digestive Reflexneurose beschrieben worden ist. Die meisten Patienten, welche den Arzt dieser Erkrankung wegen consultiren, glauben herzkrank zu sein und lenken dadurch zunächst unwillkürlich die Aufmerksamkeit des Arztes auf das Herz hin. Bei näherer Betrachtung werden sich aber noch andere Erscheinungen darbieten, wie Auftreibung des Magens oder des ganzen Abdomens, Kollern im Leib, Zeichen von Obstipation u. s. f. Häufig wird der Anfall ausgelöst durch Aufstossen, Erbrechen oder nach dem Stuhlgang. Der Patient schiebt allerdings die Schuld seiner Erkrankung immer auf das Herz und die Magen- und Darmerscheinungen werden umsomehr in den Hintergrund treten, wenn die Intensität der Anfälle sich so steigert, dass es zu Tobsuchtsanfällen mit Bewusstseinstörung kommt. Als körperliches Symptom findet sich regelmässig während der Angstzustände ein kleiner, ab und zu aussetzender, unregelmässiger Puls, welchen Vf. als pathognomisch ansicht. Es sind diese Zustände weiter nichts als ein Symptomencomplex der Neurasthenie,

was auch daraus hervorgeht, dass dieselben Zustände auch ohne Magen-, Darmerscheinungen auftreten können und dann die reine Neurasthenia cordis darstellen. Bezüglich der Therapie gilt es, zunächst den Patienten zu beruhigen und zu versichern, dass keinerlei Gefahr bestehe. In prophylaktischer Beziehung ist vor Allem für eine geeignete Diät zu sorgen und die Neurasthenie als solche zu behandeln. — (Deutsche Praxis; Deutsche Aerzte-Ztg.)

Tabak als Factor der Glykosurie. Von Dr. Heinrich Stern. Dem habituellen excessiven Genuss des Tabaks kommt neben seinen anderen bekannten Wirkungen noch eine directe Einwirkung auf den Diabetes als solchen oder die diabetische Constitution zu. Entweder steigert sich unter der Einwirkung des Tabakgenusses die Menge des ausgeschiedenen Zuckers oder es verlängert sich die Dauer der transitorischen Glykosurie, um in ein gewisses Stadium der Chronicität überzugehen. Letztere Erscheinung lässt sich in Fällen von alimentärer Glykosurie direct experimentell nachweisen. Die vom Vf. angeführten Krankengeschichten lassen obige Thatsachen aufs deutlichste erkennen. In einem Falle von Diabetes, in welchem der Percentgehalt des Zuckers trotz strengster antidiabetischer Diät sich nicht ändern wollte, trat vollständige Heilung ein, als der Patient, ein starker Raucher, sich im Genuss des Tabaks einschränkte, ohne dabei eine stricte Diät einzuhalten. Als ursächliches Moment dieser Erscheinungen glaubt Vf. nicht das Nicotin, sondern das Kohlenoxyd, welches bei der unvollständigen Verbrennung entsteht, anschuldigen zu müssen. Dies würde auch mit der Thatsache übereinstimmen, dass die Glykosurie nie bei Pfeifenrauchern vorkommt, und dass umgekehrt bei chronischer CO-Vergiftung häufig Melliturie gefunden wird. — (Med. record; Deutsche Aerzte-Ztg.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Mesotan, ein äusserlich anwendbares Antirheumaticum. Von Dr. Th. Floret. Mesotan, ein Methyloxyloxymethylester der Salycilsäure von der Formel

$$C_6H_4\begin{cases} OH \\ COO\ CH_2 \cdot O \cdot CH_3 \end{cases}$$

ist eine klare, gelbliche Flüssigkeit, nahezu geruchlos und mit den bekannten organischen Lösungsmitteln, sowie mit Oel mischbar. Es wird von der Haut sehr leicht resorbirt und dann von den Gewebs-

säften leicht zerlegt: kurze Zeit nach der Application ist Salicylsäure im Urin nachweisbar; im Vergleich mit dem Gaultheriaöl zeigt es eine leichtere Verseifbarkeit durch schwache Alkalien. In einer grossen Anzahl von rheumatischen Affectationen äusserlich angewendet, hatte das Mittel ausgezeichneten Erfolg. In einigen Fällen trat nach Anwendung desselben Ekzem auf. Infolge der kräftigen Wirkung des Mittels reicht eine geringe Menge für eine Einreibung aus; selbst bei grösseren zu behandelnden Flächen kommt man mit einem Theelöffel etwa völlig aus. Zwei bis drei Einreibungen am Tage genügen stets. Mehr wie 50 g der Mischung in einem Recept zu verschreiben, ist nicht erforderlich. Die Haut an dem Locus affectus wird sanft, etwa 5—10mal hintereinander, mit der Mischung gerieben. Eine nachfolgende Ueberdeckung der bestrichenen Stelle mit Watte oder wasserdichtem Stoffe und dergleichen ist nicht nöthig. Der Effect tritt fast sofort nach der Einreibung ein. Die Patienten empfinden zuerst eine nicht unangenehme Erwärmung oder leichtes Prickeln und Brennen der Haut, worauf dann gleich der Schmerz weicht. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42, 1902.)

Aphthisin von Hell & Co. in Troppau besteht aus guajakolsulfosaurem Kalium und Pretrosulfol in Form eines graubraunen, hygroskopischen, in vier Theilen Wasser löslichen Pulvers. Wegen seiner Hygroskopicität gelangt Aphthisin als Aphthisinsirup und in Gelatinekapseln à 0·25 in den Handel. Der Sirup besteht aus: Aphthisin 9, Syr. Aurant. 45, Syr. Capill. ven. 90, Tinct. Chin. cp. 7·50 und bildet eine sirupöse Flüssigkeit von sehr angenehmem, süsslich bitterem und etwas aromatischem Geschmacke. Vom Sirup verabreicht man drei- bis viermal täglich einen Theelöffel voll und von den Kapseln drei- bis viermal täglich eine Kapsel. — (Ph. P.)

Wuk ist ein von den Vereinigten Nährextractwerken in Dresden erzeugtes Pflanzenextract. Dasselbe enthält nach Dr. Enoch 22·94% Wasser, 24·79% Asche, 52·27% organische Substanzen. Die Asche besteht aus: 10·80% Kochsalz, 6·64% Phosphorsäure, berechnet auf P_2O_5, und 7·35% sonstigen Mineralbestandtheilen. In organischer Substanz enthalten: 6·26% Stickstoff, berechnet auf Eiweisssubstanz=39·11%. In Alkohol löslich 88·64%. Während der im Alkohol lösliche Theil dieses Pflanzenextractes dem Fleischextract gegenüber bedeutend grösser ist, da der Durchschnittsgehalt des in Alkohol löslichen bei Fleischextract nur circa 58% beträgt,

gegen mehr als 88% im Präparate, halten sich die sonstigen Bestandtheile in denselben Grenzen, wie bei einem Fleischextract. Wuk hat, entsprechend seiner Zusammensetzung, einen sehr bedeutenden Nährwerth, der in keiner Weise von dem des Fleischextractes übertroffen wird; dazu kommt die leichte und vollkommen klare Löslichkeit im Wasser und der sehr angenehme Geschmack und Geruch, den es entweder für sich, mit Suppe gekocht, als Bouillon zeigt, oder als Zusatz zu anderen Speisen. — (Ph. P.)

Bei Anorexie:

Rp. Natr. persulfur. 2·0
Aq. destill. 300·0

D. S. Eine halbe Stunde vor dem Essen ein Esslöffel voll zu nehmen.

Als Laxans:

1. Rp. Natr. metavanadic. 0·03
Aq. destill. 150·0

D. S. Eine halbe Stunde vor jedem Essen ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Natr. phosphor. exsicc., Natr. sulf. sicc., Natr. bicarbon. āā 5·0
Aquae ad 1000·0

D. S. Dreimal täglich 150 g zu trinken.

Als Hypnoticum:

Rp. Trionali 0·25
Paraldehyd 0·50
Extr. laud. 0·05

M. f. suppos. D. S. tal. suppos. Nr. X. D. S. Abends ein Zäpfchen einzulegen.

Bei Diarrhöe der Säuglinge:

Rp. Benzonaphtholi 1·0
Bismuth. subnitr. 2·0
Tinct. colomb. 5·0
Tinct. catech. 10·0
Muc. gumm. arab. 80·0

D. S. Dreistündlich vor dem Darreichen der Milch ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Bei Phosphaturie:

Rp. Acid. sulfur. 2·5
Acid. nitric. 0·5
Spirit. vin. 17·0
Adde post quadraginta octo horas
Aquae 150·0
Syr. citr. 100·0

D. S. Dreimal täglich ein Esslöffel voll zu nehmen.

Bei Hustenreiz:

Rp. Dionini mur., Codeïn. mur. āā 0·15
Cocaïn. mur. 0·03
Ammon. valerian., Aq. amygdal. amar. āā 10·0

D. S. Dreistündlich 10 bis 15 Tropfen zu nehmen.

Bei Trigeminusneuralgie:

Rp. Ammon. chlor. 6·0
Tinct. gelsem. gtts. XX
Tinct. aconiti gtts. III
Extr. liquirit. 6·0
Aq. font. ad 36·0

D. S. In drei Portionen in Intervallen von je einer Stunde zu nehmen.

Bei Chalazion:

Rp. Jod. pur. 0·2
Kal. jod. 0·6
Lanolini 4·0
Ol. vaselini, Aq. destill. āā 0·8

M. f. ungt. D. S. Abends einzustreichen.

Bücher-Anzeigen.

Specielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Prof. Dr. H. Nothnagel. **Hirnerschütterung, Hirndruck und chirurgische Eingriffe bei Hirnkrankheiten.** Von Prof. Dr. Theodor Kocher. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1901.

Das Gebiet der Hirnerschütterung und des Hirndruckes, welches Chirurgen und Internisten in gleicher Weise interessirt, wurde den besten Händen anvertraut. Kocher hat an dem Ausbau der Lehre vom Hirndruck mit seinen experimentellen Studien einen wesentlichen Antheil genommen, er hat eine grosse klinische Erfahrung, welche er mit dem sorgfältigsten kritischen Urtheil verwerthet, und so schuf er ein Werk, welches für alle Zeiten geschrieben ist. Kocher behandelt nicht nur die Commotio und Compressio cerebri, sondern auch die Contusio cerebri, da sich letztere von der Compressio und Commotio nicht scharf trennen lässt. Es kann nicht die Aufgabe sein, auf den reichen Inhalt des Werkes näher einzugehen; es sei nur bemerkt, dass der Gegenstand experimentell, klinisch und therapeutisch mit Berücksichtigung aller einschlägigen Arbeiten die sorgfältigste Durcharbeitung erfahren hat; das Buch ist eine reiche Quelle der Belehrung und Anregung. Druck und Ausstattung sind hübsch.

Die Krankheiten der Hirnhäute und die Hydrocephalie. Von Prof. Friedrich Schulze. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1901.

Dieser Band des Nothnagel'schen Sammelwerkes enthält die Darstellung der Pachymeningitis, Meningealapoplexie, Meningitis, der Tumoren der Gehirnhäute und Meningocele und der Hydrocephalie, alle in gleich vorzüglicher Weise. Den breitesten Raum nimmt dem Wesen der Sache nach die Abhandlung über Meningitis ein, welche nach jeder Richtung hin als vollendet und mustergiltig bezeichnet werden kann. An der Heilbarkeit der tuberculösen Meningitis zweifelt auch Schulze nicht, doch meint er, dass ein unbedingt sicherer Beweis für eine solche Heilung noch nicht erbracht wurde.

Lehrbuch der venerischen Krankheiten (Tripper, venerisches Geschwür, Syphilis). Von Prof. Dr. Maximilian v. Zeissl. Mit 50 in den Text gedruckten Abbildungen. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1902.

Anstatt eine neue Auflage des Lehrbuches seines Vaters zu veranstalten, hat sich Verfasser entschlossen, mit Rücksicht darauf, dass in den letzten Jahren sich viele Anschauungen auf dem Gebiete der venerischen Krankheiten geändert haben, vorliegendes Werk abzufassen. Verfasser hat sich durch eine grosse Reihe ausgezeichneter Arbeiten einen vorzüglichen Namen erworben, er blickt auf eine grosse Erfahrung zurück und es ist zu erwarten, dass auch dieses Buch einen ebenso ehrenhaften und dauernden Platz in der Literatur behaupten wird, wie das Buch von Hermann v. Zeissl. Verfasser nimmt drei venerische Gifte an, das Trippercontagium, das Contagium der venerischen Geschwüre und das Syphiliscontagium. Die Behandlung des Trippers und der Syphilis ist sehr ein-

gehend besprochen, andere Meinungen und Erfahrungen sind gebührend gewürdigt, wie sich dieses Buch überhaupt durch eine sorgfältige Beachtung der Forschungen anderer Autoren auszeichnet. Am Schlusse des Werkes, welches den Aerzten bestens empfohlen sei, befindet sich ein vollständiges Literaturverzeichniss. Druck und Ausstattung sind schön.

Praktische Kosmetik für Aerzte und gebildete Laien. Von Dr. P. J. Eichhoff. Zweite Auflage. Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien 1902.

Das Buch ist hauptsächlich für das Bedürfniss des Arztes geschrieben, der darin alles Wissenswerthe über das von den Aerzten bisher vernachlässigte Gebiet der Kosmetik finden wird. Der allgemeine Theil beschäftigt sich mit der Hygiene in der Kosmetik, einer kurzen Darstellung aller hygienischen Massnahmen, Ernährung und Verdauung, Wohnung und Kleidung etc. und mit der Pharmakologie in der Kosmetik. Der specielle Theil behandelt die Kosmetik der Haut, der Haare, der Nägel, des Mundes und der Mundhöhle, der Nase, der Ohren und der Augen. Druck und Ausstattung sind hübsch.

Merck's Index. II. Auflage.

Merck gibt in diesem Index ein Verzeichniss seiner sämmtlichen Präparate, Droguen und Mineralien mit Notizen, vorwiegend für die Bedürfnisse des Arztes, Apothekers und Medicinaldroguisten berechnet. Der Index bietet für den Arzt ein sehr werthvolles Nachschlagebuch, indem bei jedem Mittel in sehr knapper Form die Anwendung desselben angeführt ist; der Dosirung wurde besondere Sorgfalt zugewendet. Die Ausstattung ist elegant.

Mit diesem Hefte trete ich von der Leitung des „Centralblattes für die gesammte Therapie", welches ich vor zwanzig Jahren gegründet habe, zurück; den geehrten Herren Collegen, Mitarbeitern und Lesern, durch deren Unterstützung das Blatt bestand, sage ich hiemit meinen verbindlichsten Dank.

M. Heitler.

Das Bedauern über den Rücktritt Herrn Prof. Heitler's theile ich als sein Nachfolger in der Herausgabe des „Centralblatt für die gesammte Therapie" mit allen Lesern und Mitarbeitern. Ich bin mir der Aufgabe bewusst. ein durch zwei Decennien erfolgreich auf der Höhe der Wissenschaft und des Fortschrittes erhaltenes Blatt aus so bewährten Händen zu übernehmen. Ich hoffe jedoch, durch das gegebene Vorbild geführt und vertrauend auf die thatkräftige Unterstützung aller bisherigen Mitarbeiter, sowie den Anschluss an grosse Kreise der klinischen Forschung im In- und Auslande, den Lesern des Centralblattes den Wechsel in der Leitung nicht empfinden zu lassen.

Dr. Emil Schwarz
Privatdocent für innere Medicin an der Universität in Wien.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.


3 2044 102 958 147